Aus der Universitäts-Frauenklinik und -Poliklinik
Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Lax)

Problematik der Zeitrenten-Gewährung bei Mammacarcinomen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Heinrich Becker
Altötting

1976

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547205_0063

Aus der Universitäts-Frauenklinik und -Poliklinik
Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Lax)

Problematik der Zeitrenten-Gewährung bei Mammacarcinomen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Heinrich Becker

Altötting

Referent: Professor Dr. med. P. M. C a r s t e n

Korreferent: Professor Dr. med. H. G a n s a u

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am 10. September 1976

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

INHALTSVERZEICHNIS

I. Einleitung ..... S. 2

II. Grundsätzliches zum Mammacarcinom ..... S. 4

III. Literatur zur Rentengewährung ..... S. 10

IV. Material und Methodik ..... S. 26

V. Untersuchungsergebnisse ..... S. 27
a) Tabellarische Aufführung der Ergebnisse
b) Kapitelgerechte Diskussion der Ergebnisse

VI. Ergebnis der Arbeit ..... S. 77
a) Kurzgefaßte Darstellung der Ergebnisse
b) Kritische Anmerkungen
c) Anregungen für weitere Untersuchungen

VII. Zusammenfassung ..... S. 82

VIII. Literaturverzeichnis ..... S. 84

I. EINLEITUNG

Die versicherungsmedizinische Begutachtung und Rentengewährung bei Patienten mit bösartigen Geschwulsterkrankungen war bis etwa 1966 in das freie Ermessen der ärztlichen Gutachter bzw. Rentenversicherungsträger gestellt, da keine einheitlichen Richtlinien existierten.
Die Gründe hierfür lagen in den verschiedenen Auffassungen über die Pathogenese der Krebskrankheit, ob nämlich primär reine Lokalerkrankung oder bereits bei Entstehung lokale Manifestation einer Allgemeinerkrankung des Körpers. Auch wurden die Schonungsbedürftigkeit bzw. die Belastbarkeit von Krebspatienten nach erfolgter Primärtherapie unterschiedlich beurteilt. Weiterhin bestand keine Einigkeit, ob durch Herausnahme eines behandelten Geschwulstkranken aus dem Arbeitsleben die Erkrankung günstig beeinflußt werden könnte.
Zur Beseitigung dieser Uneinheitlichkeit einigten sich 1966 maßgebliche Vertreter der verschiedenen medizinischen Auffassungen mit Vertretern des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger auf die "Empfehlung zur sozialmedizinischen Beurteilung von Versicherten mit bösartigen Geschwulsterkrankungen", im folgenden Text als "Empfehlung" bezeichnet.
In dieser Arbeit soll nun beurteilt werden, ob und inwieweit sich diese "Empfehlung" in der Praxis der Begutachtung und Berentung durchgesetzt und bewährt hat.

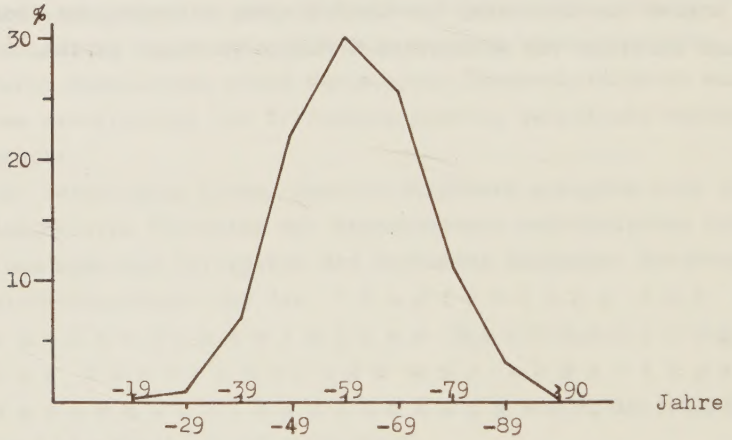
Veranlaßt und angeregt wurde diese Arbeit von Prof. Dr. med. P.M. Carsten von der Universitäts-Frauenklinik und -Poliklinik, Klinikum Charlottenburg, der Freien Universität Berlin.

Da neben den Patientinnen mit gynäkologischen Carcinomen vor allem die Mammacarcinom-Patientinnen bezüglich Umfang Erkrankungsalter und Prognose eine Gruppe von ganz erheblicher sozialmedizinischer Bedeutung darstellen, wurde dieses Patientenkollektiv (Mammacarcinome) für die Untersuchung ausgewählt.
Die Auswertung der Rentenakten erfolgte bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA).
Bearbeitet wurden die Rentenzugänge des Jahres 1968 wegen Mamma-Ca, denen primär eine Rente auf Zeit gewährt worden war.
Mit der Durchsicht der Rentenunterlagen in den Jahren 1974/75 konnte das Schicksal der betreffenden Patientinnen über einen Zeitraum von mindestens 6 Jahren verfolgt werden.[+)]

[+)] Eine ähnliche Thematik liegt den Dissertationen (1976) von B. B e c k e r[50)] (Problematik der Zeitrenten-Gewährung bei gynäkologischen Carcinomen) und R. K r a e f[51)] (Problematik der Rentengewährung bei gynäkologischen und Mammacarcinomen mit ungünstiger Prognose) zugrunde.

II. GRUNDSÄTZLICHES ZUM MAMMACARCINOM

Die besondere sozialmedizinische Bedeutung des Mammacarcinoms läßt sich schon allein an der Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr ermessen. Nach G. O t t [30] ist in der Bundesrepublik Deutschland mit jährlich 15000 Neuerkrankungen zu rechnen, die Zahl der an Brustkrebs behandelten Frauen beträgt in Deutschland derzeit ca. 160000. Damit stellt das Mammacarcinom nach dem Magencarcinom die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen dar (O t t).
Wie die nachfolgende Darstellung zeigt, liegt der Altersgipfel der Erkrankung zwischen 50 und 60 Jahren und damit noch vor dem Einsetzen der Altersrente.



nach "Entwicklung von Prognose und Verlauf des operierten Mammacarcinoms" (B. H e n n i n g s e n [17], Dt. Ärzteblatt 1975, Nr. 35, S. 2401)

Das Mammacarcinom läßt sich wie viele andere Krebsarten in verschiedene Stadien unterteilen, die für Prognose und Therapie von ausschlaggebender Bedeutung sind.

Die klassische Einteilung wurde von S t e i n t h a l in 3 Stadien vorgenommen:

I. Lokaler Tumor, auf die Brustdrüse begrenzt.

II. Wie I. + Vorhandensein von axillären Lymphknotenmetastasen.

III. Vorhandensein von Fernmetastasen oder Invasion des Tumors in die Brustwand.

Diese Einteilung wurde mehrmals überarbeitet, die Stadien neu definiert und auf IV erweitert, wobei neben Ausdehnung des Tumors die Lokalisation der Lymphknotenmetastasen eine Rolle spielt.
Die neueste und differenzierteste Einteilung stellt das TNM-System dar, das auch bei vielen anderen Malignomerkrankungen Anwendung gefunden hat. Wie zu erwarten, nimmt mit der Differenziertheit der Stadieneinteilung die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Prognosestellung zu (S c h e r e r[36]).

Die Prognose einer Krebserkrankung wird im allgemeinen auf die sogenannte 5-Jahresüberlebenszeit (5-JÜZ) bezogen. Diese stellt eine statistische Größe dar und gibt die Anzahl der Patienten eines Krankheitskollektives in Prozenten an, die 5 Jahre nach Feststellung bzw. Behandlung der Erkrankung noch leben.
Dabei sind zwei Dinge zu beachten: 1. Aufgrund der 5-JÜZ läßt sich keine individuelle Prognose ableiten, denn es handelt sich um einen abstrakten Begriff aus der Statistik (S c h w a r z e[41], H a b s[13], B a u e r[1]).
2. Es ist falsch, dem Begriff der 5-JÜZ zu entnehmen, daß erst nach einer Frist von 5 Jahren die Krebskrankheit sicher geheilt sei. Wie K.H. B a u e r[1] feststellt, würde ein Patient, den man nach vielen Jahren der Rezidivfreiheit als "geheilt" bezeichnen kann, nicht erst nach der 5-Jahresgrenze geheilt sein. Vielmehr sei die Heilung in einem solchen Fall bereits durch die Primärtherapie bewirkt. Andererseits

können auch nach erheblich längerer Zeit noch Rezidive oder Metastasen auftreten.

Die Prognose des Mammacarcinoms wird verschieden angegeben. B a u e r[2] nennt für das Mammacarcinom folgende Zahlen bezüglich der 5-Jahresüberlebenszeit (siehe dazu auch "Empfehlung", Anlage 1, Spalte 1):

Stadium I: 86,8 - 97,4%
Stadium II: 37,1 - 49,1%
Stadium III: 2,0 - 4,5%

Die Prognose schwankt jedoch erheblich, je nach Autor und Therapie, wie die folgende Tabelle zeigt,(aus "Das Mammakarzinom" von H. M a a s s[28]):

Internationale Cooperative Studie: 5-Jahresüberlebensraten.

Autor	Kennedy und Miller		Haagensen u. Cooley		Dahl-Iversen u. Tobiassen		Kaae und Johansen		Baclesse	
Therapie	Einfache Mastekt.		Radikale Mastekt.		Erweiterte rad. Mast.		Einf.Mast. + Bestr.		Hochdos. Bestrahl.	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
A	115	62	344	84	277	77	159	70	27	67
B	34	41	138	59	61	48	28	50	134	45
C	18	22	63	43	20	50	9	22	56	18
D	45	13	11	18	8	37	3	0	89	12
gesamt	212	45	556	72	366	70	199	64	306	32

Die Buchstaben A, B, C, D der Columbia Classification entsprechen in etwa der modifizierten Stadieneinteilung nach S t e i n t h a l: A = St. I, B = St. II, C = St. III, D = St. IV.

Hinweise auf die Prognose des Mammacarcinoms lassen sich auch noch aus dem histopathologischen Typus des einzelnen Tumors gewinnen (K l e i b e l [26]).
Nachfolgende Tabelle zeigt verschiedene histologische Typen der Mammacarcinome, eingeteilt in Gruppen nach Malignitätsgraden, wobei Typ I prognostisch am günstigsten, Typ IV am aggressivsten ist.

Typ I: Präinvasive Karzinome

intraduktale Karzinome (Komedokarzinome)
nicht infiltrierende lobuläre Karzinome
nicht infiltrierende papilläre Karzinome

Typ II: Invasive spätmetastasierende Karzinome

Gallertkarzinome
medulläre Karzinome mit lymphozytärer Reaktion
invasive papilläre Karzinome
hochdifferenzierte Adenokarzinome

Typ III: Alle adenoiden, nicht unter den Typen I, II und IV aufgeführten Karzinome

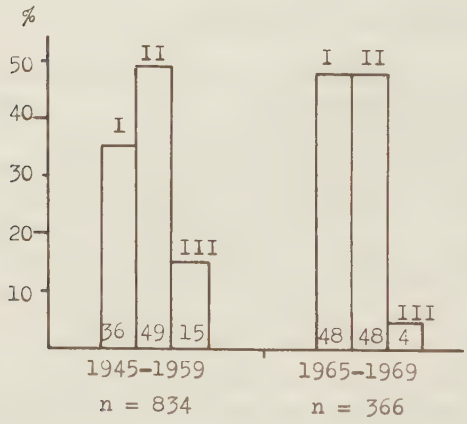
Typ IV: Undifferenzierte (anaplastische) Karzinome
Karzinome mit nachweislichem Gefäßeinbruch

Aus Therapiewoche, Heft 52/1975, S. 7833, F. K l e i b e l "Beziehungen zwischen Pathohistologie und Prognose des Mammacarcinoms"

K l e i b e l stellt fest, daß zwischen klinischem Verlauf und histologischem Aufbau des Brustkrebses eine gewisse Abhängigkeit bestehe, die für den klinischen Verlauf jedoch von eingeschränkter Bedeutung sei. Prognostisch günstig seien nur die präinvasiven Carcinome, die zahlenmäßig sehr gering seien. Ähnliche Angaben finden sich auch bei R e i f f e r s c h e i d [34], der die Häufigkeit dieser "relativ" gutartigen Carcinome mit ca. 3% angibt.
K. P r e c h t e l [32] ist der Ansicht, daß der histopathologische Typ eines Mammacarcinoms keine ausreichend sichere Prognose zulasse.

Es ist festzustellen, daß sich die Prognose für die verschiedenen Stadien trotz Verfeinerung der Behandlungstechniken, vor allem in der Radiologie, kaum verändert hat. Die Möglichkeit, die Prognose der Erkrankung insgesamt zu verbessern, bietet sich vor allem durch die Ausnutzung technischer Methoden zur Früherkennung wie Mammographie, Xeroradiographie und Thermograpie. Dadurch ergibt sich die Chance, die Häufigkeitsverteilung innerhalb der einzelnen Stadien auf die Frühstadien mit relativ günstiger Prognose zu verschieben.

Daß dies zunehmend auch geschieht, zeigt die folgende Darstellung (aus "Entwicklung von Prognose und Verlauf des operierten Mammacarcinoms" von H e n n i n g s e n[17]. Der Prozentsatz der prognostisch günstigeren Fälle (Stadium I) liegt in den Jahren 1965-1969 deutlich höher als in früheren Jahren. Dies ist vor allem auf eine anteilmäßige Verringerung der Fälle mit einem Stadium III zurückzuführen.



Uber die Therapie des Mammacarcinoms, gerade im Stadium I, herrscht derzeit keine Einigkeit. So schreibt O t t[30] in "Standardisierte Krebsbehandlung", dauerhafte Heilerfolge hätten allein die im letzten Jahrhundert von R o t t e r[35] und H a l s t e d entwickelten radikalen Operationsmethoden gebracht. Das Vorgehen dabei besteht in der Entfernung der Musc. pectoralis major und minor und Ausräumung der axillären Lymphknotenpakete en bloc.

Die Ansicht von O t t blieb jedoch nicht unwidersprochen. Es hatte sich gezeigt, daß der Einsatz der modernen Strahlentherapie ein weniger radikales chirurgisches Vorgehen ermöglicht. So wird in vielen Kliniken heute die einfache Mastektomie mit postoperativer Bestrahlung der regionalen Lymphabflußgebiete (Methode nach Mac W h i r t e r) der Radikaloperation vorgezogen.
Wie größere Statistiken zeigen, sind die Heilerfolge beider Methoden annähernd gleich, außerdem scheint eine Spätkomplikation der Therapie, das Lymphödem des Armes, bei letzterer Behandlungsmethode weniger häufig vorzukommen.
Neben diesen sind auch schon noch konservativere Therapiemethoden beschrieben worden, nämlich einfache Tumorextirpation mit Nachbestrahlung bzw. alleinige Bestrahlung nach Sicherung der Diagnose durch Probeexcision und Histologie. Die dabei erzielten recht guten Heilergebnisse sollten Anlaß geben, auch diese Verfahren in die therapeutischen Überlegungen mit einzubeziehen.
Eine endgültige Heilung des Brustkrebses kann nach R e i f f e r s c h e i d[34] nur bis zum Stadium II erwartet werden. Bei fortgeschrittenem Erkrankungsstadium sind die Behandlungsmethoden meist nur palliativ. In Frage kommen Ablatio mammae mit Nachbestrahlung, Kastration durch Ovarektomie oder Radiomenolyse, Hormon- und Zytostatikabehandlung.

Nach O t t ist eine prophylaktische endokrinologische oder zytostatische Behandlung beim Stadium I und II nicht angezeigt.
Als Therapiefolgen sind im wesentlichen Lymphabflußstörungen des Armes mit z.T. erheblichem Lymphödem und Bewegungseinschränkungen im Schulter-Arm-Bereich, teils durch Narbenzug, teils durch Entfernung der Pectoralismuskulatur, zu nennen.

Weiterhin treten vereinzelt Strahlenschäden, wie radiogene Spontanfrakturen, Strahlenfibrose der Lunge und Hautschädigungen durch Strahlen auf. Außerdem sind durch nachfolgende Ovarektomie oder Radiomenolyse bedingte Hormonausfallserscheinungen zu nennen.

III. LITERATUR ZUR RENTENGEWÄHRUNG

Oberste Zielsetzung der Vorsorge, Therapie und Nachsorge bei allen Tumorerkrankten muß sein, möglichst große Heilerfolge zu erzielen, diese durch geeignete Nachsorgemaßnahmen zu sichern und die geheilten Patienten wieder in das Arbeitsleben einzugliedern. Wenn über diese grundsätzliche Forderung unter den maßgeblichen Vertretern von medizinischer, sozialer und juristischer Seite durchaus Einigkeit herrschte, so war der Weg sie zu verwirklichen, gerade unter den Medizinern recht umstritten. Uneinig war man sich vor allem darüber, welches Maß an körperlicher Schonung einem behandelten Krebspatienten zugebilligt werden sollte und wann eigentlich eine sichere Heilung anzunehmen wäre.

Strittig war auch die Frage, ob und wie lange der Patient aus dem Arbeitsprozeß herausgenommen werden und inwieweit er eine Rente erhalten sollte, bzw. auf welche andere Weise eine wirtschaftliche Sicherstellung erreicht werden könnte.

Die Diskussion darüber wurde vor allem zwischen Chirurgen auf der einen und Gynäkologen auf der anderen Seite geführt. K i r c h h o f f[25)], einer der Wortführer der Gynäkologen untersuchte in den ersten Nachkriegsjahren den Einfluß sozi-

aler Faktoren auf Ablauf und Heilung des Genitalcarcinoms der Frau. In seiner 1954 veröffentlichten Arbeit stellt er fest, daß an der Lübecker Frauenklinik die Patientinnen der Privatstation eine um 20% höhere 5-Jahresüberlebenszeit aufwiesen als die Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Er deutete dieses Ergebnis folgendermaßen:

1. Patienten aus sozial besser gestellten Schichten kommen früher, d.h. mit prognostisch günstigeren Stadien zur Aufnahme als sozial Schlechtergestellte. (Bei 59% der Privatpatienten lag ein Stadium I+II vor gegenüber nur 36% bei Patienten der allgemeinen Pflegeklasse.)
2. Patienten aus sozial besser gestellten Schichten haben nach Abschluß der Primärtherapie mehr Gelegenheit, die allgemeine und spezielle Abwehr des Körpers zu heben. Dies ergebe sich daraus, daß die 5-Jahresüberlebenszeit innerhalb der Stadien I+II bei den Privatpatienten 75%, bei den Patienten der allgemeinen Pflegeklasse dagegen nur 43,4% betrage.

K i r c h h o f f geht dabei davon aus, daß die Qualität der Primärtherapie in beiden Pflegeklassen gleich sei. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen 1961 auch G a n s a u und L a n g[8]. Ohne Berücksichtigung der Stadien ermittelten sie bei sozial Bessergestellten eine absolute Heilungsziffer von 70%, bei sozial Schlechtergestellten von nur 39%. K i r c h h o f f verweist weiterhin auf V o l t z[46], der schon 1930 zu ähnliche Ergebnissen gelangt war.

Im Gegensatz zu vielen Chirurgen vertritt K i r c h h o f f die Auffassung, Krebs sei bereits von Beginn an eine Allgemeinerkrankung des Körpers. Neben der Primärbehandlung (Operation und Bestrahlung) sei daher auch die Abwehrlage des Körpers von ausschlaggebender Bedeutung.

In einem Vortrag zum Krebskongreß 1963 in Mainz führt er dazu folgendes aus: "Jeder erfahrene Operateur weiß, daß schon vom kleinsten Primärtumor aus im Beginn der Geschwulsterkrankung in das benachbarte Lymphsystem oder auch in entfernt liegende Organe hinein Krebszellverschleppungen stattfinden können. Ebenso bekannt ist, daß bei angenommener klinischer Heilung solche verschleppten Zellen nicht selten mehr oder weniger lange Zeit latent und ungeahnt an diesen Sekundärorten verweilen, eventuell bis zum natürlichen Tod des Trägers sogar reaktionslos dort verharren können. Andererseits bestätigt eine alte klinische Erfahrung, daß nach ideal erscheinender Radikaloperation oft völlig unerwartet eine foudroyante Metastasen-Aussaat bzw. tödliche Rezidive auftreten können. Dieses überraschende Ergebnis tritt nicht selten nach plötzlicher und starker Verminderung der allgemeinen Abwehrfähigkeit auf, wie z.B. nach interkurrenten Infektionskrankheiten oder nach ungewöhnlichen physischen und psychischen Belastungen. ..... Das Schicksal eines Krebskranken entscheidet sich nicht stets in unmittelbarem Anschluß an die primäre Behandlung, sondern ist zusätzlich abhängig von einer ausreichend günstigen oder einer unzulänglichen verminderten Abwehrlage!"

Zu Bestätigung dieser Meinung führt K i r c h h o f f[24] Untersuchungen von S c h m ä h l[37] an, der in Tierversuchen zeigen konnte, daß der Körper die Fähigkeit hätte, Krebszellen zu vernichten.

K a l l e n b a c h und G r e g l[23] sei es gelungen, durch Röntgenganzbestrahlung latente Fernmetastasen zum Ausbruch zu provozieren. S o o s t[44] habe nachgewiesen, daß die Abwehrlage eines Organismus über das Schicksal von im strömenden Blut vorhandenen Tumorzellen entscheide.

K i r c h h o f f nimmt in diesem Vortrag auch noch einmal Stellung zu seiner 1954 veroffentlichten Arbeit. Er betont

deren grundsätzliche Richtigkeit, stellt jedoch fest, daß die sozialen Verhältnisse sich zwischenzeitlich so gebessert hätten, daß die damals aufgeführten Untersuchungsergebnisse nicht mehr zuträfen.
K i r c h h o f f macht in diesem Vortrag folgende Vorschläge:

1. Den Krebspatienten dürfe durch ihre Erkrankung keine wirtschaftliche Verschlechterung entstehen. Eine Genesungsrente sei zu fordern.
2. Im ersten Jahr nach der Primärtherapie sei ein Krebsrekonvaleszent als berufs- und erwerbsunfähig zu betrachten.
3. Bei fortgeschrittenen Stadien (Stadium II+III) solle mindestens zwei Jahre Erwerbsunfähigkeit anerkannt werden.
4. Beim Stadium I solle nach einem Jahr eine Begutachtung erfolgen, danach individuelle aber großzügige Weiterberentung.
5. Danach solle eine stufenweise Wiedereingliederung in das Berufsleben, abhängig vom jeweiligen Zustand und Befund erfolgen.

Ähnliche Forderungen nach einer Genesungsrente stellte schon 1957 Z i m m e r[47]. Er behauptete, vom medizinischen Standpunkt aus sei eine Invalidisierung gerechtfertigt und anzustreben, da sich eine "Schonzeit", in der die behandelten Patienten aus dem Arbeitsprozeß herausgenommen würden, erwiesenermaßen günstig auf die endgültige Heilung des Carcinoms auswirkte. Z i m m e r forderte ebenfalls, es müsse eine Art "Genesungsrente", die die Patienten wirtschaftlich keinesfalls schlechter als vor ihrer Erkrankung stellen dürfte, geschaffen werden. Er stellt andererseits die Nachteile

einer Invalidisierung, vor allem in psychischer Hinsicht, klar.

S c h m e r m u n d[38] forderte 1957 in einer Veröffentlichung grundsätzlich für alle Tumorpatienten eine mindestens zweijährige Invalidisierung. Er geht dabei, ebenso wie K i r c h h o f f, von Untersuchungen aus der Nachkriegszeit bis 1954 aus, die zeigen, daß sozial besser gestellte Patienten höhere Heilungschancen haben. Er begrüßt die Berentungspraktiken der meisten Landesversicherungsanstalten, die im Regelfall Krebspatienten für zwei bis drei Jahre eine Rente gewähren. S c h m e r m u n d hält im Anschluß an die Primärtherapie körperliche Ruhe und Fernhalten aller seelischen Belastungen, z.B. Sorgen des täglichen Lebens in der Familie, für notwendig. Zu deren Gewährleistung sei nach Operation und Bestrahlung eine Genesungsverschickung am besten geeignet.

H e i s s[15] setzt sich 1960 ebenfalls für eine grundsätzliche Anerkennung von Invalidität, am besten für zwei Jahre ein, die nicht zu einer wirtschaftlichen Schlechterstellung führen dürfe. Diese Zeit solle zu Rehabilitationsmaßnahmen, z.B. Kurverschickungen, genutzt werden.

S o e r g e l[43] bekräftigt 1962 die bessere Heilungschance der sozial Bessergestellten. Er bezweifelt jedoch, daß durch eine Invalidisierung eine soziale Besserstellung zu erreichen sei. Dennoch spricht auch er sich für eine zweijährige Berentung aus, da in den ersten beiden Jahren nach der Behandlung die Rezidive gehäuft und bevorzugt auftraten. Ab dem 3. Jahr solle eine stufenweise Wiedereingliederung in das Berufsleben erfolgen.

H e l l e r[16] fordert in dem Buch "Ärztliche Begutachtung" - für die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten - von N i x d o r f und B o r n e m a n n für Patientinnen mit gynäkologischen Carcinomen ab Stadium II eine Invalidi-

sierung von mindestens 5 Jahren, da ein Wiederaufflackern des Krankheitsprozesses auch nach drei Jahren noch möglich sei.
Im gleichen Buch vertreten die Chirurgen G e r h a r t und C o n t z e n[10] jedoch eine erheblich andere Auffassung. Sie weisen auf die Notwendigkeit einer individuellen Begutachtung und Berentung gerade bei Krebskranken hin, selbst wenn der Krankheitsprozeß schon weit fortgeschritten ist.

Unter anderem berufen sie sich dabei auf K. H. B a u e r[1], einen der damals maßgeblichen Chirurgen.
Er vertritt in seiner Monographie "Das Krebsproblem"(1949) die Ansicht, "daß Krebs zumindest primär und längere Zeit als örtliche Erkrankung anzusehen ist, oder negativ ausgedrückt, daß Krebs keinesfalls eine Allgemeinerkrankung darstelle."
Hieraus folgert B a u e r, daß bei rechtzeitiger und radikaler Operation in einem frühen Stadium der Erkrankung bereits mit der erfolgreichen Primärtherapie eine vollständige Ausheilung erreicht sei. Eine Invalidisierung sei somit nicht mehr notwendig.
In einem Gutachten für die BfA vertritt B a u e r[3] 1962 die Meinung, daß durch die Invalidisierung die Heilungschance noch nicht einmal um 1/2% verbessert werde. Er hält im Gegensatz eine möglichst frühe Rückkehr in Familie und Beruf aus psychologischen Gründen für wünschenswert, selbst wenn durch die Operation eine Heilung nicht mehr zu erreichen war. Durch eine pauschalisierte Berentung werde ein vom Krebs geheilter Patient durch einen bürokratischen Akt als Krebskranker abgestempelt. Außerdem verletze eine generelle Berentung Krebskranker die Gleichbehandlung vor dem Gesetz. B a u e r[2] spricht sich für ein individuelles Vorgehen bei der Rentengewährung aus, die von der tatsächli-

chen Leistungsminderung, die durch die Erkrankung und Behandlung bedingt sei, ausgehen müsse. "Wer invalide ist, soll invalidisiert werden."
In ähnlichem Sinne äußert sich auch G ö g l e r[11] von der Universitätsklinik Heidelberg. Die Entscheidung über Invalidisierung dürfe nicht durch die Geschwulstkrankheit an sich sondern nur durch den Funktionsausfall, welcher durch den Organverlust bedingt sei, getroffen werden. So sei der Verlust einer Brust zwar psychisch und kosmetisch sehr belastend, bedinge jedoch keine Invalidität, da die physische Arbeitskraft nicht beeinträchtigt sei.
Weiterhin meint G ö g l e r, bei allem Vorbehalt hinsichtlich Dauerheilung gelte für die sozialmedizinische Begutachtung nach Radikaloperation die Geschwulstkrankheit so lange als geheilt, als lokale Rezidive oder Metastasen nicht aufgetreten seien. Auch spricht er sich gegen eine frühzeitige Invalidisierung nur palliativ behandelter Patienten aus, da gerade diesen dadurch der letzte Rest von Hoffnung und Selbstvertrauen genommen werde, ohne daß die Krankheit positiv beeinflußt werden könne.
Auch der Internist B o c k[52] (Tübingen) betont, daß es in erster Linie darauf ankomme, den Gesundungswillen des Kranken zu stärken und eine Abstempelung des Patienten zum Dauerkrebskranken zu vermeiden. Nach seiner Erfahrung sei eine möglichst aktive Lebensweise das Zweckmäßigste für den Krebskranken und Krebsrekonvaleszenten. "Jeder Kranke hat ein Recht auf Schonzeit. Jeder Genesende bedarf der Ermunterung zur Aktivität und Selbsthilfe. Wir dürfen als Ärzte beides nicht übertreiben. Wir sollten aber keinesfalls die beste Zeit zur Rückführung in das tätige Leben versäumen. Es wäre für den Krebskranken ein Schaden, würde man ihn durch nicht gewollte Berentung durch die Note "berufs-" oder gar "erwerbsunfähig" deprimieren und aus der Bahn seiner Aktivi-

tät stoßen."
G l a t z e l[9] veröffentlichte 1958 die Arbeit "Arbeitsbelastung und Krebswachstum", in der er sich mit der Meinung verschiedener Autoren wie K i r c h h o f f[25], P u l v e r m a c h e r[33], B r e d l a n d[5] und P f l e i d e r e r[31] kritisch auseinandersetzt. Er räumt zwar Zusammenhänge zwischen Krebslokalisation und sozialem Stand ein. So gilt als erwiesen, daß sozial schlechter gestellte Schichten häufiger an Genitalcarcinomen, sozial besser gestellte Schichten dagegen häufiger an Mammacarcinomen erkranken. Eine Beeinflussung von Krebsentstehung und -Entwicklung durch Arbeitsbelastung zweifelt G l a t z e l jedoch an.

Die Divergenz der Meinungen veranlaßte auch die Versicherungsmediziner, nach einem gemeinsamen Vorgehen bei der Berentung Krebskranker zu suchen. H a b s[12], leitender Medizinaldirektor bei der LVA Rheinprovinz nahm 1964 zu diesem Thema Stellung. An einigen Beispielen zeigt er die wirtschaftliche Schlechterstellung, die der Bezug von Rente gegenüber dem Krankengeld mit sich bringt. Er widersprach auch der Meinung K i r c h h o f f's, Privatpatienten könnten sich nach erfolgter Behandlung eher schonen. Gerade diese Patienten müßten die aufwendigen Behandlungskosten oft selbst tragen und seien daher gezwungen, relativ früh die Berufstätigkeit wieder aufzunehmen. Eher noch könnten sich die Patienten der allgemeinen Pflegeklasse länger dauernde Schonung gönnen, da ihre Behandlungskosten in aller Regel von den Krankenkassen getragen werden.
Weiterhin stellt H a b s fest, gerade die Arbeit sei das beste Mittel, den Patienten von seiner Heilung zu überzeugen und einen sozialen Abstieg zu vermeiden. Wenn überhaupt so dürfe bei geheilten Krebspatienten nur eine Zeitrente gewährt werden, die bei schlechter Prognose nicht zu knapp be-

messen sein sollte. Nur in aussichtslosen Stadien empfiehlt er die Gewährung von Rente auf unbestimmte Zeit.

Der von H a b s vertretenen Meinung, daß die Rentenversicherungen aus gesetzlicher Sicht nicht in der Lage seien, sogenannte "Schonrenten" zu gewähren, schließt sich S c h w a r z e[40], leitender Medizinaldirektor bei der BfA, nicht an. Er verweist auf den Vortrag von T e s s m e r (Sen. Präs. b. BSG) auf dem Heidelberger Kongreß 1963. Darin führt T e s s m e r aus, daß es auch Fälle gäbe, in denen der Arzt Funktionsausfälle nicht beschreiben kann, da lediglich die Ausführbarkeit körperlicher und geistiger Funktionen erschwert sei bzw. eine Verringerung der Belastbarkeit mit solchen Funktionen eingetreten sei. Eine Schonrente wäre zu rechtfertigen, wenn vermutet werden kann, daß eine dauernde Belastung entweder zu einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes oder wenigstens zu einer erheblichen Verringerung der Heilungsaussichten führen würde.

H o p p e[21] von der LVA-Rheinprovinz, der an der Abfassung der "Empfehlung" mitbeteiligt war, fordert 1965 in einem Vortrag die behandelnden Ärzte auf, sich bei jedem ihrer Tumorpatienten Gedanken über dessen beste wirtschaftliche Sicherung zu machen. Sie könnten ihre Patienten noch auf die verschiedenen Möglichkeiten hinweisen. Den Rentenversicherungsträgern ist das im allgemeinen nicht mehr möglich. H o p p e bedauert die Haltung vieler Krankenkassen, denen es durch § 183 Abs. 7 RVO ermöglicht ist, ihre Versicherten zum Rentenantrag zu zwingen und die diese Möglichkeit aus finanziellen Gründen automatisch ausnutzten. Dieses Vorgehen setze vielfach die Krebskranken psychischen und materiellen Schäden aus. H o p p e weist nachdrücklich darauf hin, daß keine allgemeingültige Beziehung zwischen medizinischem Befund und beruflicher Leistungsfähigkeit bestehe.

Er gibt daher einer individuellen und flexiblen Rentengewährung den Vorzug vor einem starren Renten-Schema.

S c h w a r z e [40] nimmt 1965 im "Medizinischen Sachverständigen" ausführlich zum Thema der Rentengewährung bei Krebserkrankungen Stellung. Er erläutert zunächst den Begiff der 5-Jahresüberlebenszeit und die daraus abzuleitende Prognose bei Tumorerkrankungen. Er weist dabei auf die Stellungnahme von M a r t i u s [29] zum Begriff der 5-Jahresüberlebenszeit hin, der feststellte, daß hieraus keine individuelle sondern nur eine abstrakte Prognose ableitbar sei.

S c h w a r z e empfiehlt als Grundlage für die Berentung nicht mehr nur das Stadium der Erkrankung, sondern deren Prognose, in die Stadium, Alter bei Erkrankung, Histologie des Tumors und eingeschlagene Therapie eingehen.

Die Grenze zwischen günstiger und ungünstiger Prognose zieht er bei einer 5-Jahresüberlebenszeit von ca. 75%. Die vom Gesetzgeber bei Zeitrenten-Gewährung geforderte "begründete Aussicht auf Behebung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit" sei bei günstiger Prognose erfüllt, da damit nur eine abstrakte und nicht eine konkrete Aussicht gemeint sein könne.

Weiterhin stellt S c h w a r z e in diesem Referat das von der BfA seit einigen Jahren praktizierte Rentenschema vor. Dabei erhalten im allgemeinen Patienten mit günstiger Prognose eine auf zwei Jahre befristete Zeitrente. Im ersten Jahr kann Erwerbsunfähigkeits-Rente (EU-Rente) gewährt werden, im zweiten meist nur Berufsunfähigkeits-Rente (BU-Rente). Die Zeitrente sei besonders günstig, da hierbei dem Patienten von Anfang an klar sei, daß bei ihm keine Invalidität auf Dauer vorliege. Ferner erspare man sich das aufwendige Renten-Entzugsverfahren, bei dem sich die Rentenempfänger häufig ungerecht behandelt fühlen.

Bei Tumoren mit ungünstiger Prognose wird meist Rente auf unbestimmte Zeit gewährt, nach zwei bis drei Jahren soll eine Nachuntersuchung und gegebenenfalls der Rentenentzug erfolgen. Weiterhin sollen bei diesem Schema noch Alter, Allgemeinzustand, Therapiefolgen, Nebenerkrankungen und Besonderheiten der beruflichen Betätigung mitberücksichtigt werden.
Dieses von S c h w a r z e vorgelegte Schema bildete in den darauffolgenden Jahren die Grundlage der Diskussion, aus der die "Empfehlung" hervorging. Zuvor hatten sich schon 1964 die leitenden Ärzte einiger Landesversicherungsanstalten, der Bundesbahnversicherungsanstalt und der BfA auf ein gemeinsames Rentenschema geeinigt, das weitgehend den Vorschlägen von S c h w a r z e entsprach. Dieses diente im Januar 1965 als Erörterungsgrundlage für ein Gespräch mit maßgeblichen Wissenschaftlern und Krebsforschern.

An dieser Diskussion nahmen teil: Prof. K.H. B a u e r, ehemals Direktor der Universitätsklinik Heidelberg, Prof. B o c k, Ordinarius für innere Medizin und Präsident des Deutschen Zentralausschusses für Krebsforschung und Krebsbekämpfung, Prof. F l a s k a m p, Vizepräsident dieses Ausschusses und Prof. K i r c h h o f f von der Universitäts-Frauenklinik Göttingen.
Die Teilnehmer einigten sich schließlich auf das vom Ärztegremium des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger vorgeschlagene Schema, das als annehmbar und verbindlich bezeichnet wurde. Dieses Konzept wurde anläßlich des Krebskongresses in München (Februar 1966) vom Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e.V. als "Empfehlung zur sozialmedizinischen Beurteilung von Versicherten mit bösartigen Geschwulsterkrankungen" veröffentlicht und zur Anwendung empfohlen[49].

Die wichtigsten Punkte der "Empfehlung" sollen hier kurz angeführt werden:

1. Einteilung der bösartigen Geschwulsterkrankungen in Stadien, Abhängigkeit der Prognose von Art, Lokalisation, Stadium und Histologie des Tumors, sowie Therapie und Folgezuständen.
2. Erläuterung des Begriffes der 5-Jahresüberlebenszeit, die kein Kriterium zu 5-jähriger Berentung darstelle.
3. Einteilung der Malignome in solche mit günstiger bzw. ungünstiger Prognose. Eine günstige Prognose wird angenommen ab einer 5-JüZ von etwa 75% und darüber.
4. Bei günstiger Prognose kann im ersten Jahr EU vorliegen, im zweiten meist nur BU. Berücksichtigt werden sollten noch Alter, Allgemeinzustand, erhebliche Funktionsstörungen sowie Besonderheiten der Berufsanforderung.
5. Eine Zeitrente könne der Stärkung des Gesundungswillen eines Kranken auch entgegenstehen, z.B. bei psychischer Belastung durch Arbeitsplatzverlust. Hinweise auf anderweitige Möglichkeiten zur wirtschaftlichen Sicherstellung der Betroffenen, wie 78-wöchiges Krankengeld, Heilbehandlung und Übergangsgeld.
6. Bei ungünstiger Prognose soll eine Rente auf unbestimmte Zeit gewährt werden. Eine Überprüfung soll nach zwei bis drei Jahren stattfinden.

Diese "Empfehlung" stellt einen Kompromiß dar zwischen den beiden Extremforderungen, nämlich einerseits wegen Tumorerkrankung keine Rente zu gewähren und andererseits der Forderung von vielen Ärzten, besonders Gynäkologen, nach 5-jähriger Berentung bei allen Tumorerkrankten. Sie soll gewährleisten, daß alle krebskranken Rentenbewerber versicherungsmedizinisch möglichst gleich beurteilt werden.
Zum Punkt 5 der "Empfehlung" ist noch nachzutragen, daß die

gesetzlichen Regelungen, die eine Rente auf Zeit ermöglichen, mit der Rentenreform von 1957 (§ 1276, RVO) geschaffen wurden.
Die Ausdehnung der Krankengeldzahlung von 26 auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren wegen der gleichen Erkrankung wurde 1961 im zweiten Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle festgesetzt.
Im folgenden seien kurz die relativ eingeschränkten gesetzlichen Möglichkeiten der Rentenversicherungsträger aufgezeigt.
In § 1246 RVO bzw. § 23 AVG heißt es: "Berufsunfähig ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. ..."
Zu dieser Formulierung bemerkt Z i m m e r[47], daß damit ohne Zweifel nur die individuelle hochgradige Erwerbsminderung durch erhebliche Funktionsstörungen gemeint sein könne, jede Forderung nach prinzipieller Invalidisierung also der Rechtsgrundlage entbehre. Auch könne die Diagnose Krebs allein keine Invalidität bedingen.
Der Jurist L o t t e r[27] (Obersozialgerichtsrat) stellt fest, daß in der Rentenversicherung aus juristischer Sicht nicht ein Körperschaden oder eine krankheit an sich, sondern die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit berentet werde.
Für eine "Rente auf Zeit" fordert der Gesetzgeber die begründete Aussicht, daß die Berufs-/Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit behoben sein müsse. Die Rente auf Zeit kann verlängert werden, insgesamt kann sie jedoch höchstens für einen Zeitraum von 4 Jahren gewährt werden.

Auch hinsichtlich der Höhe einer Rente sind den Versicherungsträgern gesetzliche Auflagen gemacht. Sie hängt u.a. ab von der Höhe der geleisteten Beiträge und von der Zahl der anrechnungsfähigen Versicherungsjahre.
H a b s[13] weist in einer Arbeit von 1967 darauf hin, daß die durchschnittliche Rentenhöhe wegen Erwerbsunfähigkeit 1964 bei Männern 47%, bei Frauen nur 26% des letzten Arbeitsverdienstes betragen habe. Die Krankengeldzahlung für 78 Wochen biete also den Patienten erhebliche finanzielle Vorteile, denn die Höhe des Krankengeldes betrage in den ersten 6 Wochen 100%, danach immerhin noch 65 - 75% des letzten Nettoeinkommens. Hinzu komme, daß mit dem Bezug von Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit häufig der Verlust des Arbeitsplatzes verbunden sei. Dadurch werde die spätere Wiedereingliederung ins Erwerbsleben erheblich erschwert.

Die Diskussion über die beste Versorgung von Krebspatienten nach der Primärtherapie dauerte auch nach Veröffentlichung der "Empfehlung" noch an.
H e y d e[18,19], der auf dem Krebskongreß in München die Richtlinien der "Empfehlung" sehr begrüßt hatte, wich von dieser Stellungnahme schon im April 1967 ab. Er bemängelte die fehlenden Nachuntersuchungen bei Zeitrenten und hielt diese deshalb bei Tumorpatienten für nicht praktikabel. Es könnten zum Zeitpunkt des Rentenfortfalls subjektiv noch symptomlose Verschlechterungen oder therapiebedingte Schäden vorliegen, die mangels Nachuntersuchung der Beobachtung entgingen. Die 5-Jahresüberlebenszeiten, die der "Empfehlung" zugrunde liegen, betrachtet er als zu hoch angesetzt und in Deutschland derzeit nicht überall erreichbar.
E l m e n d o r f f[7] nahm 1968 Stellung zu "Empfehlung" und meinte, deren Richtlinien hätten in der praktischen Durchführung der Berentung keinen Niederschlag gefunden. Er schloß dies aus einer Untersuchung, die er an 206 Patienten im Alter

unter 65 Jahren, hauptsächlich aus dem Gebiet der LVA Rheinprovinz, durchgeführt hatte. Von diesen seien nach 5 Jahren noch 53 invalidisiert gewesen, obwohl die operationsbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit hierfür nicht ausgereicht habe.

S c h w a r z e[42)] wies diese Kritik mit dem Hinweis zurück, ein großer Teil der untersuchten Patienten sei bereits vor Verabschiedung der "Empfehlung" berentet worden. Außerdem habe sich ein weiterer Teil der Patienten im Alter zwischen 60 und 65 Jahren befunden, in dem z.B. von der BfA eine Rente nicht mehr entzogen werde bzw. keine Zeitrente mehr gewährt werde.

H a b s[13)] bestreitet 1967 die Zweckmäßigkeit einer Berentung geheilter Krebspatienten, es sei denn, es lägen tatsächlich schwerwiegende,langdauernde Folgeerscheinungen der Therapie vor. Auch bedauert er die Haltung der Krankenkassen, die den § 183 Abs. 7 RVO zu häufig anwendeten. Die Verlängerung der Krankengeldzahlung von 26 auf 78 Wochen sei damit unterlaufen worden. Er fordert die Rentenversicherungsträger auf, häufiger Rentenanträge abzulehnen, um die Versicherten in den Genuß des höheren Krankengeldes zu bringen.

Auch D o l d[6)] weist 1973 auf die 78-wöchige Krankengeldfortzahlung hin. Er unterstreicht den Vorrang der Rehabilitation vor der Rente. Weiterhin stellt er die nachteiligen Folgen einer Rente dar wie Bewegungsarmut, Übergewicht, Alkohol- und Nikotinabusus und Rentenneurosen.

Außerdem plädiert D o l d schon bei einer Prognose von 50% 5-Jahresüberlebenszeit für Zeitrenten-Gewährung, da sonst bei diesem Patientenkreis bei Gewährung von Rente auf unbestimmte Zeit erfahrungsgemäß häufig ein Rentenentzug erfolgen müsse, dieser jedoch von den Betroffenen meist als Unrecht empfunden werde. Dem steht entgegen, daß bei Gewährung einer Zeitrente gemäß RVO bzw. AVG die begründete Aussicht auf Be-

hebung der BU/EU in dieser Zeit vorhanden sein muß. Die Frage, ob dies bei einer 5-JÜZ von 50% der Fall ist, läßt D o l d offen.

H u s s l e i n und S t ö g e r[22] (Wien, 1974) lehnen bei günstiger Prognose (75% 5-JÜZ) eine Rentengewährung ab und halten einen länger dauernden Krankenstand für ausreichend. Bei einer 5-Jahresüberlebenszeit zwischen 50 und 75% empfehlen sie eine zweijährige Zeitrente mit dem Hinweis, daß die Mehrzahl der Rezidive in den ersten zwei Jahren auftreten.

T r ä g e r[45] betont die Notwendigkeit einer individuellen Rentengewährung, weist jedoch auf die Gefahr der Rechtsunsicherheit dabei hin. Er stellt weiterhin klar, daß allein die Möglichkeit eines Rezidivs nicht zu einem Anspruch auf Rente berechtige.

Auch B o r n e m a n n[4] teilt die Ansicht, bei Tumorerkrankungen mit günstiger Prognose sei der verlängerte Krankenstand ausreichend. Wenn überhaupt solle nur eine Zeitrente gewährt werden.

Die Meinung vieler Autoren, die unsichere Prognose einer Krebserkrankung rechtfertige eine Berentung bis zum Ablauf der "5-Jahresfrist", weist B o r n e m a n n mit dem Hinweis zurück, daß eine sichere Aussage über den Verlauf einer Erkrankung nicht nur bei Krebs, sondern beispielsweise auch bei Tuberkulose nicht möglich sei. Eine 5-Jahresüberlebenszeit von etwa 75% erfülle die vom Gesetzgeber geforderte "begründete Aussicht auf Behebung der BU/EU in absehbarer Zeit" als Voraussetzung für eine Rente auf Zeit.

IV. MATERIAL UND METHODIK

1. Material:

Es wurden die Rentenakten von 477 Mammacarcinompatientinnen ausgewertet, die als Rentenzugänge bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) im Jahre 1968 aufgeführt sind und eine Zeitrente bezogen.
Die Ermittlung der Gesamtzahl der Patientinnen und das Auffinden der Akten wurde durch die Datenverarbeitungsanlage der BfA erleichtert, da alle Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (BU/EU) mit einer Schlüsselzahl gekennzeichnet sind, die das Hauptleiden als Rentenursache kennzeichnet.
Zusätzlich wurden 206 Fragebögen an ehemalige Rentenempfängerinnen versandt. In 7 Fällen wurden Befundberichte von den behandelnden Ärzten eingeholt, in 7 weiteren Fällen wurde die Erstellung eines neuen ärztlichen Gutachtens veranlaßt.

2. Methodik:

Die den Rentenunterlagen entnommenen Daten wurden auf ein Lochkarten-System übertragen. Für jeden Rentenbezieher wurde eine Lochkarte angelegt. Weitere wichtige Punkte wurden im Klartext festgehalten.

Es wurden folgende Daten aufgenommen:

1. Alter bei Eintritt des Versicherungsfalles
2. Stadium der Erkrankung (aufgeführt wurde das postoperativ ermittelte Stadium, da andere Angaben den Unterlagen nicht zu entnehmen waren.

3. Histologie des Tumors
4. Verstorbene - Überlebenszeiten
5. Zeitliches Auftreten der Rezidive
6. Art der Rente (EU, BU, EU in BU umgewandelt)
7. Dauer der Rentengewährung insgesamt
8. Familienstand - Erwerbstätigkeit
9. Verhalten bei Verlängerungsanträgen
10. Hauptursachen für die weitere Rentengewährung
11. Sozialgerichtsverfahren bei abgelehnten Verlängerungsanträgen.

Fragebogenaktion:

12. Erwerbstätigkeit nach Ablauf der Rente
13. Berufstätigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung
14. Tätigkeit im Haushalt
15. Arbeitsplatzverlust durch Rentenbezug
16. Aufforderung zum Rentenantrag durch die Krankenkasse

V. UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Die Untersuchungsergebnisse werden tabellarisch aufgeführt und aus Gründen der Übersicht im Anschluß an das jeweilige Kapitel diskutiert. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt unter Nummer VI am Ende der Arbeit.

Alter bei Eintritt des Versicherungsfalles +)

Gesamtzahl der Patientinnen: 477

Tabelle I: Altersverteilung der Patientinnen aller Stadien

Jahre	<35	<40	<45	<50	<55	<60	⩾60
Zahl	18	39	123	144	101	48	2
%	3,8	8,7	25,8	30,6	21,2	10,0	0,4

68,4% der Rentenantragsteller waren zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles jünger als 50 Jahre, 89,6% jünger als 55 Jahre.

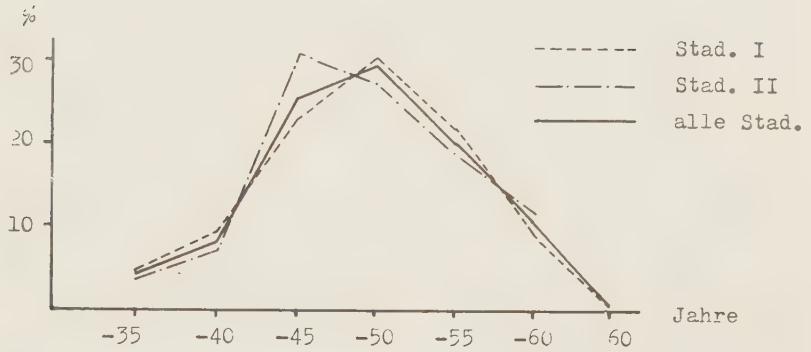
Tabelle II: Aufteilung nach Alter und Stadium

Jahre		<35	<40	<45	<50	<55	<60	⩾60
St. I	absol.	11	27	67	89	66	26	2
(288)	%	3,8	9,4	23,3	30,9	22,9	9,0	0,7
St.II	absol.	4	10	46	41	28	16	-
(145)	%	2,8	6,9	31,7	28,3	19,3	11,0	-

Aufgeführt wurden die Stadien I und II. Die Fallzahl beim Stadium III war mit 19 zu gering, um eine Aufschlüsselung vorzunehmen.

+) Eintritt des Versicherungsfalles =
Diagnose des Carcinoms
oder Beginn der Krankenhausbehandlung
oder Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Abb. 1: Darstellung der Altersverteilung



Diskussion der Ergebnisse:

Der Altersgipfel liegt beim Stadium I zwischen 45 und 49 Jahren, beim Stadium II zwischen 40 und 44 Jahren.
Bei allen Fällen zusammengefaßt lag das Maximum der Erkrankungshäufigkeit zwischen 45 und 49 Jahren.
H e n n i n g s e n[17] gibt den Altersgipfel zwischen 50 und 59 Jahren an. Ab einem Alter von über 60 Jahren beziehen die Frauen in Deutschland üblicherweise Altersruhegeld. Daher werden von diesem Alter ab nur relativ wenig Anträge wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit gestellt.

Jünger als 50 Jahre waren 68,4%, jünger als 55 Jahre 89,6% der Rentenantragstellerinnen. Jünger als 30 Jahre waren 3 Patientinnen. Eine davon war bei Bearbeitung der Unterlagen (1974/75) noch rezidivfrei. K.H. B a u e r[2] hat die Überlebenszeit von Mammacarcinom-Patientinnen unter 30 Jahren mit 0% angegeben.

Stadienverteilung und Histologie

1. Stadienverteilung:

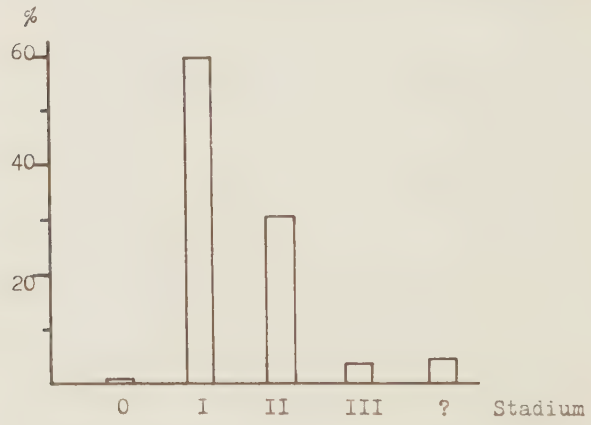
Bei der Stadieneinteilung wurde nach der von S t e i n t h a l getroffenen Unterteilung in 3 Stadien vorgegangen. Zu einer Einteilung in 4 Stadien wäre eine genaue Angabe der Lokalisation der Lymphknotenmetastasen nötig gewesen, die den Unterlagen nicht zu entnehmen war.

Tabelle III: Absolute und prozentuale Verteilung der Stadien.

Stadium	Fälle	Lebende		Verstorbene	
		absol.	%	absol.	%
0	4	4	0,8	-	-
I	288	241	50,5	47	9,9
II	145	68	14,3	77	16,1
III	19	8	1,7	11	2,3
St.?	21	21	4,4	-	-

Stad.0: z.B. Mastopathia chronica cystica (s. auch S.32)

Abb. 2: Übersichtsbild zur Stadienverteilung



2. Histologie:

Bei 477 Mammacarcinomen wurde in 196 Fällen (=41,1%) der histologische Befund nicht mitgeteilt. Die meisten dieser Fälle wurden als "histologisch gesichertes Mammacarcinom" mit oder ohne Befall der Achsellymphknoten bezeichnet. Bekannt war der histologische Befund bei 277 Patientinnen. Eine Einteilung nach dem Schema von K l e i b e l[26], (siehe auch S. 7) konnte wegen fehlender Angaben, z.B. Infiltration usw., nicht vorgenommen werden. In 4 Fällen lag eine Mastopathia chronica cystica, also keine Krebserkrankung vor.

Tabelle IV: Absolute und prozentuale Verteilung der histologisch gekennzeichneten Mammacarcinome, n = 277.

Histolog. Typ	Fälle		davon verstorb.	
Absol. Zahl / %	absol.	%	absol.	%
M. Paget	4	1,4	-	-
Comedo-Ca	12	4,3	-	-
Milchgangs-Ca[+)]	23	8,3	5	21,7
Ca. cribrosum	4	1,4	1	25,0
Gallert-Ca.	2	0,7	-	-
Adeno-Ca.	30	10,8	3	10,0
Ca. solid. simpl.	99	35,7	24	24,2
Ca. solid. cirrh.	74	26,7	18	23,1
Ca. solid. medull.	11	4,0	2	18,2
Entdiff. Ca.	18	6,5	6	33,3
Gesamt	277	100	59	21,3

[+)] infiltrativ wachsend

Tabelle V: Histologisch beschriebene Mammacarcinome, aufgeteilt nach Stadium I bzw. II + III

Histolog. Typ	Stadium I, n=190				Stad.II+III, n=87			
Erkrankt / Verst.	Erkrankt		Verst.		Erkrankt		Verst.	
Absol. Zahl/ %	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
M. Paget	4	2,1	-	-	-	-	-	-
Comedo-Ca	12	6,3	-	-	-	-	-	-
Milchgangs-Ca+)	18	9,5	3	16,7	5	5,7	2	40,0
Ca. cribrosum	3	1,6	-	-	1	1,1	1	100
Gallert-Ca.	2	1,1	-	-	1	1,1	-	-
Adeno-Ca.	15	7,9	1	6,6	15	17,2	2	13,3
Ca.solid.simpl.	65	34,2	13	20,0	34	39,1	11	32,4
Ca.solid.medull.	9	4,7	1	11,1	2	2,3	1	50,0
Entdiff. Ca.	10	5,2	3	30,0	8	9,2	3	37,5
Gesamt	190	100	35	18,1	87	53,0	26	29,9

+) infiltrativ wachsend

Diskussion der Ergebnisse:

In vier Fällen (0,8%) lag eine Mastopathia chronica cystica vor. Dabei handelt es sich also nicht um Krebs, auch nicht um eine echte Präcancerose wie es das Carcinoma in situ darstellt. Diese Mastopathie wurde als Stadium 0 bezeichnet. In diesen Fällen hätte nach der "Empfehlung" keine Rente gewährt werden dürfen.

In 288 Fällen (60,4%) lag mit dem Stadium I ein Mammacarcinom mit relativ günstiger Prognose vor, für das in der "Empfehlung" eine Zeitrente vorgeschlagen wird.

In 164 Fällen (34,4%) lagen mit Stadium II oder III Carcinome mit relativ ungünstiger Prognose vor. Für diese Fälle ist in der "Empfehlung" eigentlich eine Rente auf unbestimmte Zeit vorgesehen.
Jedoch war in 18 dieser Fälle der Rentenantrag verspätet gestellt worden, d.h. erst ca. ein Jahr nach Eintritt des Versicherungsfalles (siehe auch S.41). In weiteren 23 Fällen war das Stadium zum Zeitpunkt der ersten Rentengewährung trotz mehrfacher Anfrage in den Krankenhäusern noch nicht bekannt, es wurde erst in späteren Gutachten z.B. bei den Verlängerungsanträgen statuiert bzw. erwähnt.

Es bleibt zu vermerken, daß in 25,8% (= 123 von 477) der Fälle der Rentenversicherungsträger von der Empfehlung abgewichen ist, was aber letztendlich ohne wesentliche Nachteile für die Patientinnen geblieben ist. Zumindest die vor der Erkrankung berufstätigen Frauen kamen dadurch für die ersten 26 Wochen in den Vorzug des höheren Krankengeldes an Stelle der relativ niedrigen Rente (siehe auch S. 23).

21 mal war das Stadium der Erkrankung aus den Rentenunterlagen nicht zu ermitteln. Es ist daher weiterhin zu fordern, daß bei der Einholung der Gutachten auf einer Stadienangabe bestanden bzw. ein Bericht aus dem behandelnden Krankenhaus mit Angabe des Stadiums und der Histologie angefordert wird, da sonst die "Empfehlung" nicht korrekt praktiziert werden kann. Leider werden in den Befundberichten der Krankenhäuser oft nur unzureichende oder auch keine Angaben zu diesen Fragestellungen gemacht.
Eine Angabe über den histologischen Befund der Tumoren erfolgte nur in 58% der Fälle (beim Stadium I in 66%, bei den Stadien II und III nur in 53%). In den übrigen Fällen wurde häufig nur von "histologisch gesicherten Mammacarcinomen" mit bzw. ohne Lymphknotenmetastasen berichtet.

Erwartungsgemäß gehörten prozentual mit 91,9% mehr Stadium-II-Fälle den histologisch bösartigeren Tumorgruppen an (R e i f f e r s c h e i d [34], K l e i b e l [26], P r e c h t e l [32]). Im Stadium I waren es aber immerhin auch 79,9%, deren Carcinom als histologisch relativ bösartig bezeichnet werden muß.

Die prognostisch günstigeren präinvasiven Comedo- und Paget-Carcinome könnten von einer Rentengewährung ausgenommen werden. Bei den histologisch sehr malignen entdifferenzierten Carcinomen sollte erwogen werden, auch die Fälle des Stadiums I als prognostisch relativ ungünstig zu bewerten.

Wegen der zu häufig fehlenden Angaben und den relativ kleinen Zahlen beim Stadium II/III geben die Tabellen IV und V wahrscheinlich kein repräsentatives Bild wieder.

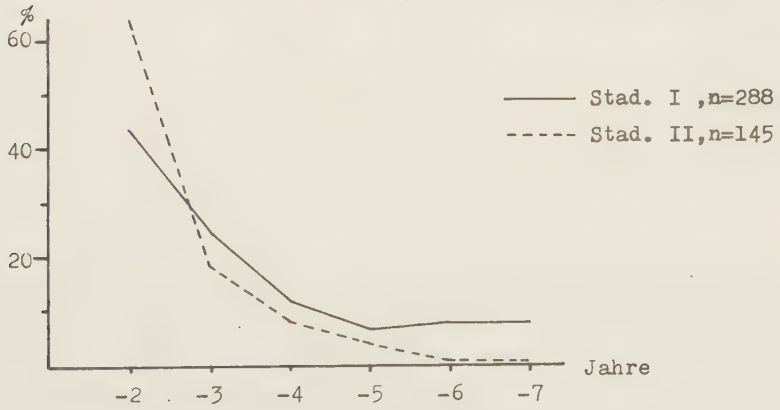
Auftreten von Rezidiven / Metastasen

Tabelle VI: Auftreten von Rezidiven/Metastasen pro Jahr, eingeteilt nach Stadien. Die %-Werte geben die Rezidivhäufigkeit innerhalb eines Stadiums wieder, bezogen auf die Gesamtfälle eines Stadiums.

Jahre	-2		-3		-4		-5		>5		gesamt		n
Stad.	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	
I	28	9,6	15	5,2	7	2,4	4	1,8	10	3,5	64	22,2	288
II	54	37,3	16	11,0	8	5,5	3	2,0	3	2,0	84	57,9	145
III	13	68,4	-	-	-	-	-	-	-	-	13	68,4	19
?	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,8	1	4,8	21

Im Stadium I traten in 22,2% Rezidive oder Metastasen auf, im Stadium II in 57,9%, im Stadium III in 68,4%.

Abb. 3: Übersichtsbild zum zeitlichen Auftreten der Rezidive bzw. Metastasen. Die innerhalb eines Stadiums auftretenden Rezidive wurden jeweils als 100% angenommen.



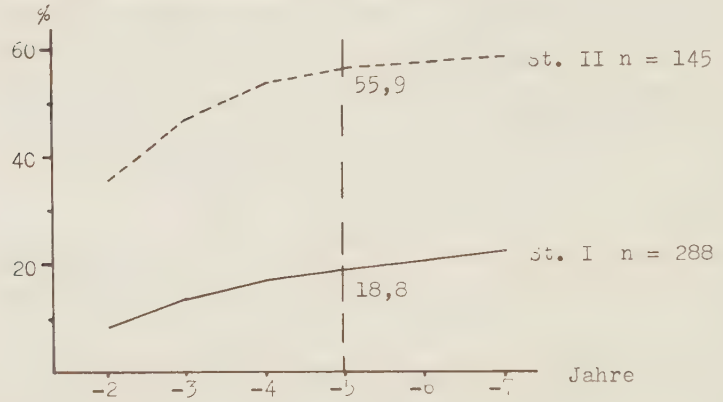
Innerhalb der ersten 2 Jahre traten im Stadium I 43,0% der Rezidive auf, im Stadium II 64,3%. Die Kurve zeigt, daß im Stadium I vom 3. Jahr an relativ häufiger Rezidive auftreten als im Stadium II.

Tabelle VII: Rezidivquote

Jahre	-2		-3		-4		-5		>5		
Stad.	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	n
I	28	9,7	43	14,9	50	17,4	54	18,8	64	22,2	288
II	54	37,2	70	48,3	78	53,8	81	55,9	84	57,9	145
III	13	68,4	13	68,4	13	68,4	13	68,4	13	68,4	19

Die Tabelle zeigt, wieviel % der Rezidive bis zu dem jeweiligen Zeitpunkt festgestellt worden sind. Alle Fälle eines Stadiums stellen jeweils 100% dar.

Abb. 4: Übersichtsbild zu Rezidivquote



Zunächst verläuft die Kurve für das Stadium II deutlich steiler. Vom 4. Jahr an verläuft sie mit der Kurve des Stadiums I nahezu parallel. Das bedeutet, daß im Stadium II in den ersten 4 Jahren prozentual mehr Rezidive auftreten als im Stadium I. Ab dem 4. Jahr treten im Stadium I und II annähernd gleich viel Rezidive auf. Spätestens nach 4 Jahren rezidivfreier Überlebenszeit ist also die Prognose für Stadium I und II

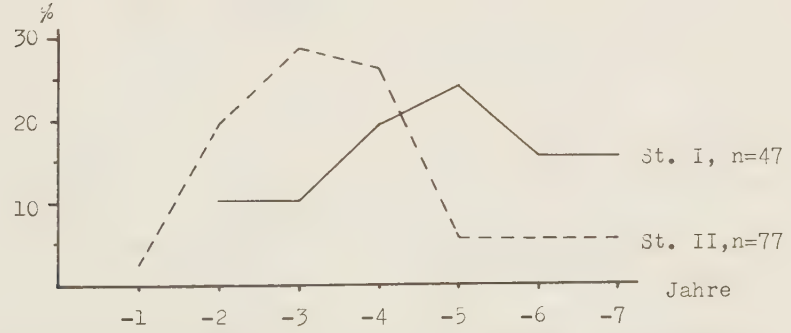
gleich günstig. Im Stadium III traten sämtliche Rezidive in den ersten zwei Jahren auf (68,4%). Nach den Uberlebenszeitangaben in der "Empfehlung" wären über 90% Rezidive zu erwarten gewesen. Allerdings war in drei der eingeholten Gutachten ein Stadium III angegeben, wobei retrospektiv gesehen, die Angabe allerdings nicht gesichert erschien.

Zeitliches Auftreten von Todesfällen

Tabelle VIII: Zahl der Verstorbenen pro Jahr und Stadium

Jahr	-1		-2		-3		-4		-5		>5		gesamt		n
St.	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	
I	-	-	5	1,7	5	1,7	10	3,5	12	4,2	15	5,2	47	16,3	288
II	2	1,4	16	11,0	23	15,9	21	14,5	5	3,4	10	6,9	77	53,1	145
III	1	5,3	1	5,3	1	5,3	3	15,8	3	15,8	2	10,5	11	59,7	19

Abb. 5: Übersichtsbild zum Auftreten von Todesfällen

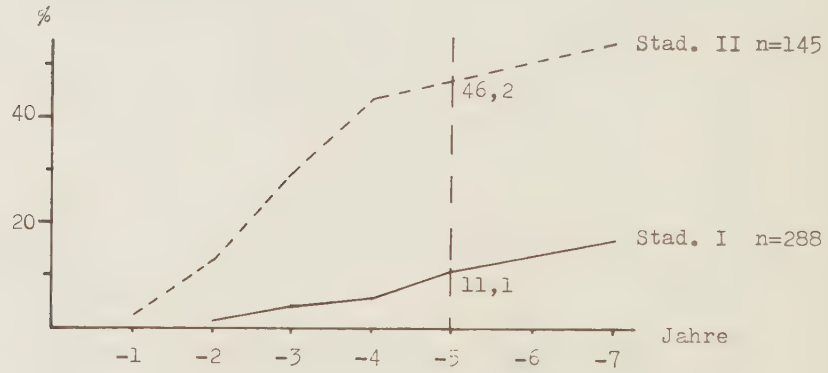


Als 100% wurden jeweils die in den einzelnen Stadien aufgetretenen Todesfälle bezeichnet.
Die Kurve zeigt, daß im Stadium I eine Häufung der Todesfälle im 5. Jahr vorliegt, im Stadium II bereits im dritten Jahr.

Tabelle IX: Absterbequote. Die Absterbequote gibt für die verschiedenen Stadien an, wieviel Todesfälle bis zu einem bestimmten Zeitpunkt insgesamt aufgetreten sind.

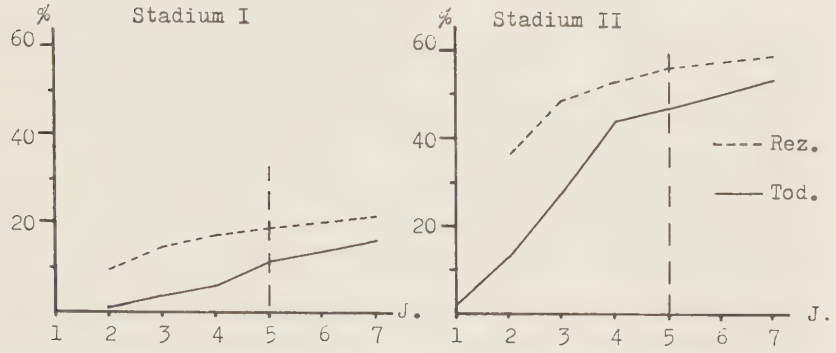
Jahr	-1		-2		-3		-4		-5		>5		n
Stad.	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	
I	-	-	5	1,7	10	3,4	20	6,9	32	11,1	47	16,3	288
II	2	1,4	18	12,8	41	28,3	62	42,8	67	46,2	77	53,1	145
III	1	5,3	2	10,5	3	15,8	6	31,6	9	47,4	11	57,9	19

Abb. 6: Übersichtsbild zur Absterbequote für die Stadien I und II.



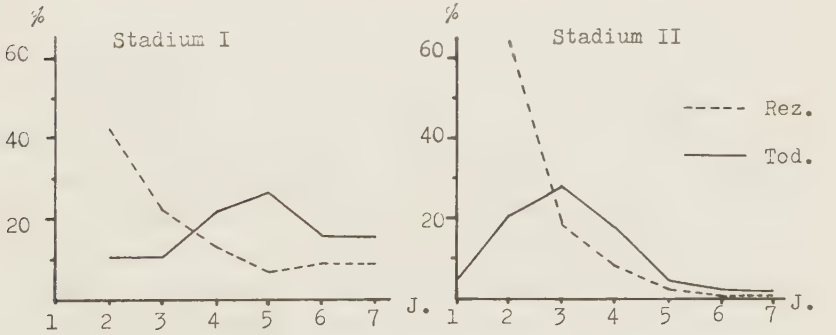
Vom 4. Jahr an sind die Steigungen der verschiedenen Kurven nahezu identisch, die Prognose der verschiedenen Stadien ist nach dem 4. Jahr also gleich.

Abb. 7: Vergleich zwischen Rezidivquote und Absterbequote für die Stadien I und II.



Als 100% wurden jeweils alle Fälle eines Stadiums betrachtet. Die Rezidiv- und Absterbequoten liegen im Stadium II deutlich höher als im Stadium I.

Abb. 8: Vergleichende Darstellung zwischen Eintritt von Rezidiven und Todesfällen beim Stadium I und II.



Als 100% wurden jeweils alle Rezidive bzw. Todesfälle eines Stadiums betrachtet. Das Häufigkeitsmaximum der Rezidive liegt für beide Stadien im zweiten Jahr. Dagegen ist der Gipfel der Sterbefälle im Stadium I im 5. Jahr, im Stadium II bereits im 3. Jahr. Im Stadium II führen also Rezidive schneller zum Tode als im Stadium I.

Tabelle X: 5-Jahresüberlebenszeit und Überlebenszeit bis zum Zeitpunkt der Untersuchung (7 - 8 Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles).

Stadium	I	II	III	gesamt
5-JüZ	88,8%	53,8%	52,6%	77,4%
rez.-fr. 5-JüZ	81,2%	44,1%	31,1%	69,0%
7-8 JüZ	83,7%	46,9%	42,1%	71,7%

Die ermittelten Überlebenszeiten für Stadium I und II gleichen den in der Literatur und der "Empfehlung" genannten Angaben (M a a s s[28], B a u e r[2], R e i f f e r s c h e i d[34], O t t[30]).

Die geringe Patientenzahl beim Stadium III läßt einen repräsentativen Wert nicht erwarten.

Diskussion der Ergebnisse:

Bedingung für die Gewährung einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ist gemäß RVO bzw. AVG (Ang.Vers.Gesetz) eine Minderung der Erwerbsfähigkeit. Diese wird bei Krebsrekonvaleszenten im allgemeinen als Folge von Operation und Bestrahlung angenommen. Neben der Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch die Folgen der Therapie wird auch noch der Prognose der Erkrankung, insbesondere des Stadiums, Rechnung getragen. Bei Durchsicht der Rentengutachten fiel auf, daß zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung eine wesentliche bzw. konkret zu erkennende Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei 49,7% der Patientinnen nicht mehr vorgelegen hat.

Von den untersuchten 477 Probanden aller Stadien verstarben bis zum Zeitpunkt der Untersuchung in den Jahren 1974/75 135 = 28,3%. Innerhalb von 5 Jahren verstarben 108 = 22,6%, es ergibt sich also eine durchschnittliche 5-Jahresüberlebenszeit von 77,4%.
Für das Stadium I wurde eine 5-JüZ von 88,8% ermittelt, die Absterbequote lag bei 11,2% in 5 Jahren. Von den innerhalb der 5-Jahresfrist auftretenden Rezidiven (18,8%) wurden innerhalb der ersten beiden Jahre, in denen laut "Empfehlung" eine Zeitrente gewährt werden sollte, 9,7% festgestellt. Nur die Hälfte der innerhalb von 5 Jahren auftretenden Rezidive fällt also in die vorgesehene Berentungszeit.
Es sollte zur Diskussion gestellt werden, ob bei diesem Ergebnis bei Krebspatientinnen des Stadiums I, falls keine schwerwiegenden Therapiefolgen vorliegen, überhaupt eine Zeitrente gewährt werden sollte. Zum einen ist die Rezidivquote mit 18,8% innerhalb von 5 Jahren relativ gering und zum anderen wird nur etwa die Hälfte der auftretenden Rezidive (51,6%) im vorgesehenen Rentenzeitraum erfaßt.
Da die positive Beeinflussung einer Krebserkrankung durch Rentengewährung nicht erwiesen ist (G l a t z e l [9]) und gerade bei Frauen der Betrag der BU/EU-Renten im Vergleich zum Krankengeld relativ niedrig ist (H a b s [13], E l m e n d o r f f [7]), wäre den betroffenen Frauen mit Krankengeldzahlung möglicherweise mehr geholfen. Erst im Falle eines Rezidivs sollte eine Rente in Betracht kommen.

Für das Stadium II wurde eine 5-JÜZ von 53,8% ermittelt, die rezidivfreie 5-Jahresüberlebenszeit lag bei 44,1%. Gemäß der "Empfehlung" sollte in diesen Fällen eine Rente auf unbestimmte Zeit gewährt werden.
Die BfA geht davon aus, daß ein Jahr nach Eintritt des Versicherungsfalles die Prognose auch für das Stadium II rela-

tiv günstiger sei. Deshalb wurde Rentenbewerbern des Stadiums II, die ihren Rentenantrag erst ein Jahr nach dem sog. Versicherungsfall (Eintritt der BU/EU) stellten, meist nur eine Zeitrente von etwa zwei Jahren gewährt, sofern bei der Begutachtung kein Hinweis auf ein Rezidiv vorhanden war. Bei 18 Fällen der Stadien II und III lag ein solcher verspäteter Rentenantrag vor.

Die Gewährung einer Zeitrente in diesen Fällen war gerechtfertigt. Drei Jahre nach dem Versicherungsfall waren im Stadium II etwa 90% der insgesamt festgestellten Rezidive schon aufgetreten.
Die Patientinnen, die von einem gesicherten Rezidiv betroffen werden, können ohne großen Aufwand (meist genügt ein hausärztlicher Befundbericht) einen Renten-Verlängerungsantrag stellen. Die Rente wird dann im Anschluß an die erste Rente auf unbestimmte Zeit verlängert.
Die von H e y d e[19] geforderte Nachuntersuchung bei Zeitrentnern vor Rentenwegfall wird von manchen Landesversicherungsanstalten (z.B. LVA Hamburg) durchgeführt, damit diese von sich aus bei medizinischer Notwendigkeit eine Verlängerung der Rente vornehmen können.
Diese Nachuntersuchungen sind jedoch nicht unbedingt Aufgabe des Rentenversicherungsträgers sondern sollten in unserem Gesundheitssystem den behandelnden Ärzten und Fachkliniken vorbehalten bleiben, unter deren fortlaufende Kontrolle die an Tumoren operierten Patientinnen ohnehin meistens stehen. Von der BfA wurden Nachuntersuchungen vor Zeitrentenende nur in besonderen Fällen vorgenommen, z.B. wenn vor Rentenwegfall noch Rehabilitationsleistungen durchzuführen waren.

Verlängerungsanträge nach Zeitrentengewährung

Eine Zeitrente kann ab Rentenbescheid zunächst für zwei Jahre gewährt werden. Vor oder nach Wegfall der Zeitrente haben die Rentenempfänger die Möglichkeit, einen Rentenverlängerungsantrag (VA) zu stellen. In der Regel erfolgt daraufhin eine neue Begutachtung. Je nach dem erhobenen Befund kann die Zeitrente verlängert werden, darf aber insgesamt 4 Jahre nicht überschreiten. Liegt nach 4 Jahren noch BU/EU vor, so muß dann eine Rente auf unbestimmte Zeit gewährt werden, die nur mit einem konkreten, rechtlich schwierig zu erbringenden Nachweis der Besserung entzogen werden kann.

1. Gesamtzahl der Verlängerungsanträge:

Einen Verlängerungsantrag können nur Zeitrentner stellen. Von den 477 Rentenzugängen 1968 mit Mamma-Ca lebten nach dem 1. Rentenzeitraum (ca. 2 - 2 1/2 Jahre) noch 436, die die Möglichkeit hatten, einen Verlängerungsantrag zu stellen.

Einen 1. VA konnten 436 Rentenempfänger stellen. Davon stellten 262 = 60,1% einen 1. VA.

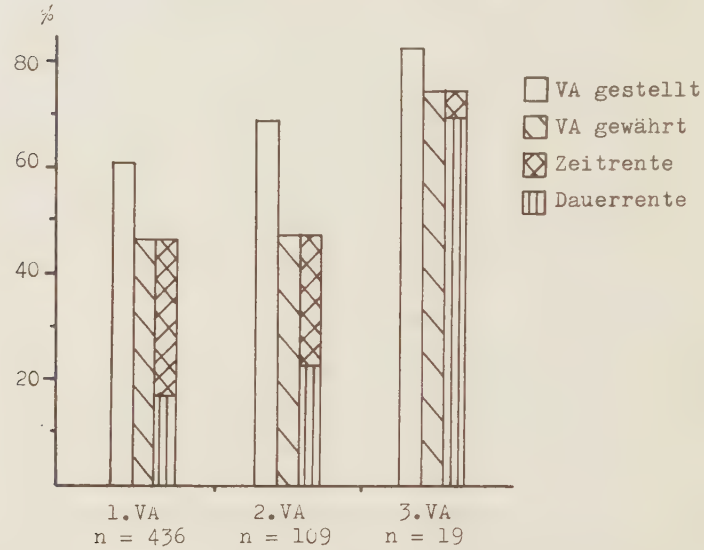
Einen 2. VA konnten nach gewährter Zeitrentenverlängerung 109 Probanden stellen. 75 = 68,8% stellten einen 2. VA

Einen 3. VA nach zweiter Verlängerung konnten 23 Probanden stellen. 19 = 82,6% stellten einen 3. VA.

Tabelle XI: Die Tabelle gibt in Absolut- und %-Zahlen die Zahl der gestellten und bewilligten sowie nach Sozialgerichts-Klage bewilligten VA an, weiterhin die im Rentenzeitraum Verstorbenen.

	n	bewill./%		n.Klag/%			D/Z	verst.
1. VA	262	182	69,5	202	77,1	Dauer	76	34
						Zeit	126	17
2. VA	75	44	58,7	51	68,0	Dauer	25	4
						Zeit	26	3
3. VA	19	13	68,4	17	89,5	Dauer	16	2
						Zeit	1	-

Abb. 9: Die folgende Übersicht zeigt das Verhalten der Zeitrenten-Empfänger bei Verlängerungsanträgen



Die weißen Säulen geben jeweils an, wieviel % der Patientinnen, die eine Verlängerungsantrag stellen konnten, tatsächlich einen VA stellten.

Die Gesamtübersicht zeigt, daß das Rentenbegehren mit der Anzahl der gestellten Verlängerungsanträge zunimmt.

Beim 1. VA wurden 77% der gestellten Anträge gewährt. 38% davon bekamen eine Dauerrente.

Beim 2. VA wurden 68% der gestellten Anträge gewährt. 51% davon bekamen eine Dauerrente.

Beim 3. VA wurden 90% der gestellten Anträge gewährt. 94% davon bekamen eine Dauerrente.

2. Aufgliederung nach Stadium I (rel. günstige Prognose) und Stadium II + III (rel. ungünstige Prognose)

a) Stadium I:

Einen 1. VA konnten nach Ablauf der Zeitrente 321 Rentenempfänger stellen. 172 = 53,6% stellten einen 1. VA.

Einen 2. VA nach erster Verlängerung konnten 78 Rentenempfänger stellen. Davon stellten 58 = 74,4% einen 2. VA.

Einen 3. VA nach zweiter Verlängerung konnten 21 Rentenempfänger stellen. 17 = 80,9% stellten einen 3. VA.

Tabelle XII: Gestellte und gewährte Verlängerungsanträge bei Pat. mit rel. günstiger Prognose (Stad. I)

	n	n.Kl.	bewill/%		D/Z	%	verstorb.	
1. VA	172	125	72,7	D	40	32,0	14	11,2
				Z	85	68,0	3	2,4
2. VA	58	39	67,2	D	16	41,0	3	7,7
				Z	23	59,0	2	5,1
3. VA	17	15	88,2	D	14	93,4	2	13,3
				Z	1	6,6	-	-

b) Stadium II und III:

Einen 1. VA konnten 115 Rentenempfänger stellen. Davon stellten 90 = 78,3% einen 1. VA.

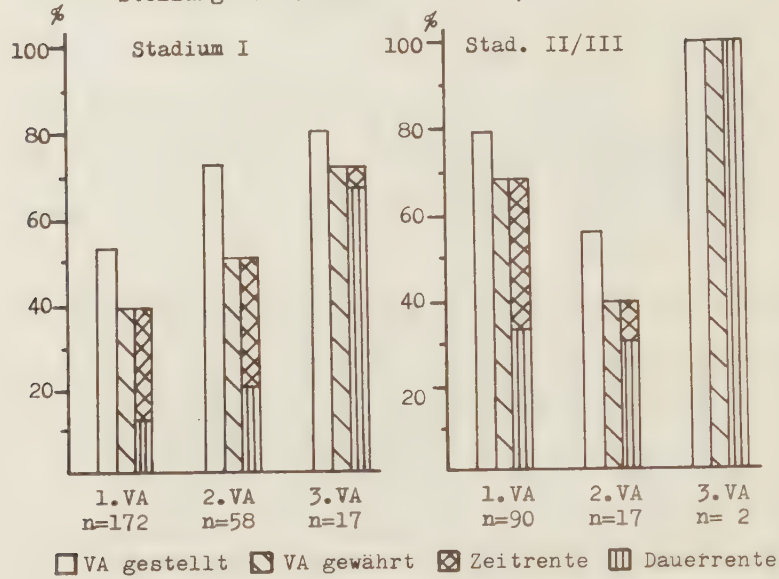
Einen 2. VA nach erster Verlängerung konnten 31 Rentenempfänger stellen. 17 = 54,8% stellten einen 2. VA.

Einen 3. VA nach 2. Verlängerung konnten 2 Rentenempfänger stellen. Beide stellten einen 3. VA.

Tabelle XIII: Gestellte und gewährte Verlängerungsanträge bei Pat. mit rel. ungünstiger Prognose (St. II+III)

	n	n.Kl.	bewill/%		D/Z	%	verstorb.	
1. VA	90	77	85,5	D	36	46,8	20	26,0
				Z	41	53,2	14	18,2
2. VA	17	12	70,6	D	9	75,0	1	8,3
				Z	3	25,0	1	8,3
3. VA	2	2	100,0	D	2	100,0	-	-
				Z	-	-	-	-

Abb. 10: Verhalten bei Verlängerungsanträgen, Gegenüberstellung von Stadium I und II/III



1. VA: Bei den Fällen mit relativ günstiger Prognose wurden 73% der gestellten Anträge gewährt. 32% davon bekamen eine Dauerrente.
Bei den Fällen mit relativ ungünstigen Prognosen wurden 85% der Verlängerungsanträge bewilligt. 46,8% davon bekamen eine Dauerrente.

2. VA: Bei den relativ günstigen Prognosen wurden 67% der Anträge bewilligt. 41% davon bekamen eine Dauerrente.
Bei den relativ ungünstigen Prognosen wurden 71% der Anträge bewilligt. 75% davon bekamen eine Dauerrente.

3. VA: Bei den relativ günstigen Prognosen wurden 88% der Anträge bewilligt. 93% davon bekamen eine Dauerrente.
Bei den relativ ungünstigen Prognosen wurden 2 Verlängerungsanträge gestellt. Beide Probanden erhielten eine Dauerrente.

Ursachen für die weitere Rentengewährung

In den nachfolgenden Tabellen ist jeweils die Hauptursache aufgeführt, die zur Weitergewährung der Rente geführt hat. Bei der Rentengewährung geht die BfA im allgemeinen so vor, daß bei einem Alter über 58 Jahre nur noch eine Rente auf unbestimmte Zeit gewährt zu werden pflegt, auch wenn theoretisch eine Zeitrente möglich ist. Meist haben die Patienten bei Rentenfortfall dann das 60. Lebensjahr erreicht, und zu diesem Zeitpunkt besteht bei Frauen häufig schon Anspruch auf vorgezogenes Altersruhegeld,(falls u.a. die 15 Jahre Wartezeit erfüllt sind).

Erläuterungen zu nachfolgenden Tabellen:

a) Somatische Folgeerkrankungen: Therapiefolgen wie Lymphödem, Narbenzug, Bewegungseinschränkungen, Bestrahlungsfolgen (Hautschäden, Strahlenfibrose, radiogene Frakturen).

b) Somatische Nebenerkrankungen: Herz-Kreislauferkrankungen, Lebererkrankungen, schwere Arthrosen, PcP etc.

c) Psychische Folgeerkrankungen: Carcinophobie, reaktive Depressionen, Psychasthenie.

d) Psychische Nebenerkrankungen: Hirnorganische Abbauerscheinungen, endogene Psychosen.

e) Sonstige Ursachen: Kurzdauernde Verlängerungen bis zum Termin des Gutachtens, juristische Gründe für Weitergewährung der Rente.

f) Medizinisch unzureichende Begründung: Siehe Beispiele auf Seite 49, 50.

Tabelle XIV: Hauptursache für die weitere Rentengewährung nach erstem Verlängerungsantrag (alle Stadien) n = 202

Haupterkrankung	Zeit-R.	Dauerrente		gesamt	%
		-58 J	>58 J		
Rezidiv/Metastasen	1	36	6	43	21,3
Verdacht auf Rez/Meta.	17	6	3	26	12,9
Zweitcarcinom	-	-	2	2	1,0
Somat. Folgeerkrankung	44	8	1	53	26,2
Somat. Nebenerkrankung	47	5	3	55	27,2
Psych. Folgeerkrankung	7	3	-	10	5,0
Psych. Nebenerkrankung	-	2	-	2	1,0
Sonstige Ursachen	10	1	-	11	5,4
Med.Begründ.unzureich.	26	14		40	19,8

In 26 Fällen wurde eine Rente wegen Rezidivverdachts[+)] gewährt. 19 mal bestätigte sich der Verdacht. Bei einer Patientin, die wegen Rezidivverdachts eine EU-Dauerrente bekommen hatte, bestätigte sich der Verdacht nicht.

Rezidiv und Rezidivverdacht als Ursache für die weitere Rentengewährung beim 1. VA bei St. I bzw. St. II/III

Tabelle XV: Stadium I, n = 125

	Zeitrente	Dauerrente	% bewill. VA
Rezidiv	-	19	15,2
Rezidivverdacht	10	7	13,6

[+)] Siehe auch S. 60 , Rentengewährung bei Rezidivverdacht

In 7 Fällen bestätigte sich der Rezidivverdacht nicht. Bei Stadium I waren in 28,8% der Fälle Rezidive oder Rezidivverdacht Ursache der weiteren Rentengewährung. 59,1% der auf unbestimmte Zeit gewährten Renten wurden wegen Rezidiv bzw. Rezidivverdacht gewährt.

Tabelle XVI: Stadium II und III, n = 77

	Zeitrente	Dauerrente	% bewill. VA
Rezidiv	1	23	31,2
Rezidivverdacht	7	2	11,7

In zwei Fällen bestätigte sich der Rezidivverdacht nicht. Bei den Stadien II und III waren in 42,9% der Fälle Rezidive oder Rezidivverdacht Ursache der weiteren Rentengewährung. 69,4% der Dauerrenten wurden wegen Rezidiv bzw Rezidivverdacht gewährt.

Zweitcarcinome: 1 Parotis-Ca. und 1 Basaliom

Sonstige Ursachen:

Beispiel 1: In einem Fall erhielt eine Antragstellerin im Sozialgerichtsverfahren eine BU-Rente zugesprochen. In mehreren ärztlichen Gutachten war der Klägerin eine Erwerbsfähigkeit von ca. 4 Std. täglich bestätigt worden. Da damals eine Halbtagsbeschäftigung jedoch 4 1/2 Stunden täglich in Anspruch nahm, gewann die Klägerin den Rechtsstreit.

Medizinisch unzureichende Begründung: 40 mal (=19,8%) erschien die Weitergewährung einer Rente medizinisch nicht ausreichend begründet.

Beispiel 2: 51-jährige Patientin, behandelt wegen Mammacarcinom (re.), Stadium II.

Int. Gutachten bei Rentenantrag: mäßig reduzierter AZ, noch Schmerzen im Narbenbereich, mäßige Lymphstauung des rechten Armes. Der Gutachter forderte 2 Jahre EU, die BfA gewährte 1 1/2 Jahre EU, 1 Jahr BU. (Nach der "Empfehlung" wäre Dauerrente angebracht gewesen.)

Int. Gutachten bei 1. VA: guter AZ, Narbe reizlos, keine Bewegungseinschränkung, kein Hinweis auf ein Rezidiv.
Der Gutachter empfahl keine Rente. Die Patientin erhielt wegen primär ungünstiger Prognose die Rente auf unbestimmte Zeit verlängert.

Beispiel 3: 49-jährige Patientin, Mamma-Ca links, Stad. I.
Int. Gutachten bei Rentenantrag: Guter AZ, Narbenbereich o.B. psychisch übererregbar, depressiver Versagenszustand.
Gutachter empfiehlt 2 Jahre BU, BfA gewährt 26 Monate BU.

Chirurg. Gutachten bei 1. VA: ausreichender AZ, lokal o.B., klimakterische Ausfallserscheinungen, neurasthenische Beschwerden, degenerative Veränderungen der LWS.
Gutachter empfiehlt 1 Jahr BU, BfA gewährt 1 Jahr EU.

Ablehnung von ersten Verlängerungsanträgen:

In 77 Fällen (=29,4%) wurde der erste VA von der BfA abgelehnt. 31 mal erfolgte Klage vor dem Sozialgericht gegen die Ablehnung (d.h. in 40,8% der abgelehnten VA).

24 mal wurde die Klage ohne Gerichtsurteil erledigt:

- 15 mal Anerkennung durch die BfA
- 9 mal Klagerücknahme

7 mal erging ein Sozialgerichts-Urteil:

- 5 mal gewann die Klägerin(1 x Verschlechterung des Allgemeinzustandes, 1 x somat. Folgeerkrankung, 2 x somatische Nebenerkrankung, 1 x sonstige Ursache, S.47)
- 2 mal wurde die Klage abgewiesen

Insgesamt wurde somit 20 Klagen stattgegeben:

11 mal Zeitrente:	2 x Rezidivverdacht
	3 x Somat. Folgeerkrankungen
	2 x Psych. Folgeerkrankungen
	1 x Medizin. unzureich. Begründung
	1 x Klimakt. Ausfallserscheinungen
	1 x Sonstige Ursache
	1 x "Unklares Krankheitsbild
9 mal Dauerrente:	4 x Metastasen
	1 x Ungünstige Ausgangsprognose
	1 x Verschlechterung des Allgemeinzust.
	2 x Somatische Nebenerkrankungen
	1 x Hirnorganisches Psychosyndrom

Zweiter Verlängerungsantrag:

Ein zweiter Verlängerungsantrag wurde in 51 Fällen (alle Stadien) bewilligt.

Tabelle XVII: Hauptursache für die weitere Rentengewährung nach zweitem Verlängerungsantrag (alle Stad.) n = 51

Haupterkrankung	Zeit-R.	Dauerrente		gesamt	%
		58 J	58 J		
Rezidiv/Metastasen	-	7	1	8	17,6
Rez./Metast.-Verd.	5	1	1	7	13,7
Zweitcarcinom	-	3	-	3	5,9
Somat. Folgeerkrankung	6	1	1	8	17,6
Somat. Nebenerkrankung	10	3	1	14	27,5
Psych. Folgeerkrankung	5	2	1	8	15,7
Psych. Nebenerkrankung	-	1	-	1	2,0
Med. Begründ. unzureich.	3	2	-	5	9,8

7 mal wurde wegen Rezidivverdacht die Rente weitergewährt, in zwei Fällen bestätigte sich der Verdacht nicht.

Rezidiv und Rezidivverdacht als Ursache für die weitere Rentengewährung beim 2. VA bei St. I bzw. II/III

Tabelle XVIII: Stadium I, n = 39

	Zeitrente	Dauerrente	% bewill. 2.VA
Rezidiv	-	2	5,1
Rezidivverdacht	2	2	10,3

Beim Stadium I war in 15,4% der Fälle ein Rezidiv oder Rezidivverdacht die Ursache für die weitere Rentengewährung. 25% der Dauerrenten wurden aus diesen Gründen gewährt.

Tabelle XIX: Stadium II und III, n = 12

	Zeitrente	Dauerrente	% bewill. 2.VA
Rezidiv	-	6	50
Rezidivverdacht	3	-	25

In allen drei Fällen bestätigte sich der Rezidivverdacht. Beim Stadium II/III waren in 75% der Fälle Rezidive bzw. Rezidivverdacht die Ursache der weiteren Rentengewährung. Zwei Drittel der Dauerrenten wurden wegen Rezidiv gewährt.

Zweitcarcinome: 1 Bronchial-Ca, 2 Collum-Ca.

Medizinisch unzureichende Begründung: 10 mal (=19,6%) erschien die Weitergewährung der Rente medizinisch nicht ausreichend begründet.

Beispiel 4: 53-jährige Patientin, Mamma-Ca (re.), Stadium I.

Int. Gutachten bei Rentenantrag: altersentsprechender AZ, lokal reizlose Narbe, Nebenbef.: HWS-Syndrom, leichte Coronarinsuffizienz. Psyche: ängstlich, leicht depressiv.
Der Gutachter fordert 1 1/2 Jahre EU,
die BfA gewährte 1 1/2 Jahre EU, 1 Jahr BU.

Int. Gutachten bei 1. VA: guter AZ, lokal o.B. Nebenbef.: rel. Harninkontinenz bei Deszensus uteri, Hypotonie, HWS-Syndrom. Psyche: alteriert.
Der Gutachter fordert 3 Jahre BU,
die BfA gewährte 1 Jahr EU.

Psych. Gutachten bei 2. VA: Hypochondrie, depressive Vitalstörung. Der Gutachter fordert eine EU-Rente bis zum Abschluß einer fachärztlichen Behandlung.
Die BfA gewährte BU auf Dauer.

Ablehnung von zweiten Verlängerungsanträgen:

31 mal wurde der zweite VA abgelehnt (41,3%). In 14 Fällen (=45,1% der abgelehnten VA) wurde dagegen Klage vor dem Sozialgericht erhoben.

9 mal wurde die Klage ohne Gerichtsurteil erledigt:

- 4 mal Anerkennung durch die BfA
- 5 mal Klagerücknahme

5 mal erging ein Sozialgerichts-Urteil:

- 2 mal wurde die Klage abgewiesen
- 3 mal wurde der Klägerin eine Rente zugesprochen.

In zwei der drei Fälle hatte die BfA den ersten Prozeß gewonnen, im Berufungsverfahren wurde jedoch der Anspruch der Klägerinnen anerkannt (1 mal wegen somatischer und 1 mal wegen psychischer Folgeerkrankungen).
In einem Sozialgerichtsverfahren folgte das Gericht dem Gutachten eines praktischen Arztes, der bei Tumorerkrankungen eine "Schonfrist" von 6 Jahren forderte. Mehrere Fachärzte hatten zuvor die Klägerin als voll erwerbsfähig beurteilt.

Insgesamt wurde 7 mal den Klageverfahren stattgegeben:

4 mal Zeitrente wegen somatischer Folgeerkrankungen

3 mal Dauerrente: 1 x Rezidivverdacht (später bestätigt)
1 x "unkorrigierbare Carcinophobie"
1 x Gutachter fordert 6 Jahre Rente

Dritter Verlängerungsantrag

Ein dritter Verlängerungsantrag wurde in 17 Fällen (alle Stadien) bewilligt.

Tabelle XX: Hauptursache für die weitere Rentengewährung nach drittem Verlängerungsantrag (alle Stad.) n = 17

Haupterkrankung	Zeit-R.	Dauer-R.	gesamt	%
Rezidiv/Metastasen	-	2	2	11,9
Rez./Metast.-Verd.	1	4	5	29,5
Somat. Folgeerkrankung	-	3	3	17,6
Somat. Nebenerkrankung	-	3	3	17,6
Psych. Folgeerkrankung	-	3	3	17,6
Psych. Nebenerkrankung	-	1	1	5,8
Med.unzureich.Begründ.	1	2	3	17,6

Keine der Rentenantragstellerinnen war beim 3. VA älter als 58 Jahre.
5 mal wurde wegen Rezidivverdacht eine Rente verlängert.
3 mal bestätigte sich der Verdacht.

Rezidiv und Rezidivverdacht als Ursache für die weitere Rentengewährung beim 3. VA bei St. I bzw. II/III

Stadium I: 1 x Dauerrente wegen Rezidiv
3 x Dauerrente wegen Rezidivverdacht
1 x Zeitrente wegen Rezidivverdacht

Zweimal bestätigte sich der Rezidivverdacht nicht (1 x Zeitrente, 1 x Dauerrente)

Stadium II/III: 1 x Dauerrente wegen Rezidiv
1 x Dauerrente wegen Rezidivverdacht (bestätigt)

Die medizinische Begründung für die Weitergewährung der Rente erschien in 3 Fällen (17,6%) nicht ausreichend.

Ablehnung von dritten Verlängerungsanträgen:

6 mal wurde der dritte VA abgelehnt (31,6%). In vier Fällen (= 66,7% der abgelehnten VA) wurde dagegen Klage vor dem Sozialgericht erhoben.

In allen vier Fällen wurde dem Anspruch der Klägerinnen von der BfA ohne Gerichtsurteil stattgegeben.

4 mal Dauerrente: 2 x Psych. Folgeerkrankungen
1 x Hirnorganischer Abbauprozeß
1 x Medizinische Begründung unklar.

Anmerkung zu den Verlängerungsanträgen:

1. Dauerrenten: Im durchgehenden Rentenverfahren wurden von 477 Zeitrenten-Zugängen des Jahres 1968 wegen Mammacarcinom 117 Patientinnen (24,5%) Dauerrentner. Vom Stadium I wurden 22,4% Dauerrentner, von den Stadien II und III wurden 28,7% Dauerrentner. Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung (1974/75) verstarben davon 40. Von den heute noch lebenden 342 Patientinnen wurden im durchgehenden Rentenverfahren 77 (22,5%) sog. Dauerrentner. Davon gehörten 51 dem Stadium I an, 26 den Stadien II und III.

Tabelle XXI: Übergang zur Dauerrente beim 1., 2., und 3. VA.

	St.I/ %		St. II/III / %		gesamt/ %	
1. VA	40	57,1	36	76,6	76	65,0
2. VA	16	22,9	9	19,1	25	21,4
3. VA	14	20,0	2	4,3	16	13,6

In den Stadien II und III erfolgte der Übergang zur Dauerrente überwiegend schon beim 1. Verlängerungsantrag.

Ursachen für die Dauerberentung bei den heute noch lebenden 77 Probanden

Tabelle XXII: Hauptursache für die Dauerberentung bei den heute noch lebenden Patientinnen, n = 77

Haupterkrankung	Stad. I, n=51		St. II+III n=26		Gesamt n=77	
	abs. Z.	%	abs. Z.	%	abs. Z.	%
Rezidiv/Metast.	4	7,8	2	7,7	6	7,8
Rezidivverdacht	2	3,9	2	7,7	4	5,2
Zweit-Ca	2	3,9	1	3,8	3	3,8
Somat. Folgeerkr.	13	25,5	9	34,6	22	28,6
Somat. Nebenerkr.	21	41,2	7	26,9	28	36,4
Psych. Folgeerkr.	5	9,8	3	11,5	8	10,4
Psych. Nebenerkr.	3	5,9	1	3,8	4	5,2
Sonstige Ursache	1	2,0	1	3,8	2	2,6

In 18 Fällen erschien die weitere Rentengewährung medizinisch nicht ausreichend begrundet. Davon hatten allerdings 4 der Patientinnen bei der Durchsicht der Akten (1974/75) das Alter von 58 Jahren überschritten. In den verbleibenden 14 Fällen wurden Befundberichte von den behandelnden Arzten und gegebenenfalls ärztliche Gutachten eingeholt.

7 mal Befundberichte:

1 Patientin kürzlich an Rezidiv verstorben
4 mal erhebliche Nebenerkrankungen
2 mal Rezidiv/Metastasen

7 mal ärztliche Gutachten:

4 mal lt. Gutachten voll erwerbsfähig
1 mal aus int. Sicht voll erwerbsfähig. Der Gutachter weist jedoch auf eine erhebliche Psychasthenie der Patientin hin und bezweifelt deren psychische Belastbarkeit.
1 mal wird die Patientin sowohl aus internistischer wie psychiatrischer Sicht für nicht erwerbsfähig gehalten.
1 mal lt. chirurg. Gutachten nicht erwerbsfähig.

2. Klage gegen Ablehnungsbescheid:

1. Verlängerungsantrag: In 77 Fällen wurde der erste Verlängerungsantrag von der BfA abgelehnt, 31 mal wurde dagegen Klage beim Sozialgericht erhoben (41,3%).

11 mal Klageabweisung bzw. Klagerücknahme

20 mal Anerkennung des Rentenanspruches: 11 Zeitrenten
9 Dauerrenten

2. Verlängerungsantrag: In 24 Fällen wurde der zweite Verlängerungsantrag von der BfA abgelehnt, 14 mal wurde dagegen Klage beim Sozialgericht erhoben (58,3%).

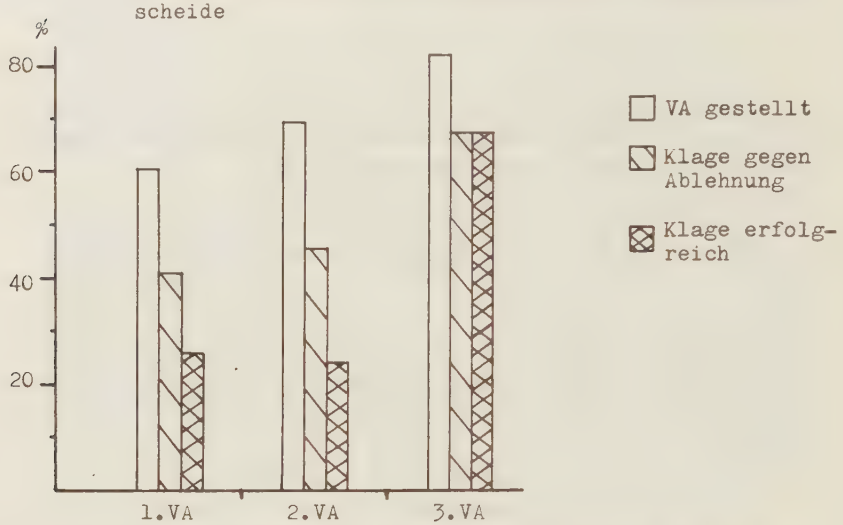
7 mal Klageabweisung bzw. Klagerücknahme

7 mal Anerkennung des Rentenanspruches: 4 Zeitrenten
3 Dauerrenten

3. Verlangerungsantrag: In 6 Fällen wurde der dritte Verlängerungsantrag von der BfA abgelehnt, 4 mal wurde dagegen Klage vor dem Sozialgericht erhoben (66,7%).

4 mal Anerkennung des Rentenanspruches: 4 Dauerrenten

Abb. 11: Die Übersicht zeigt die Beziehung zwischen Verlängerungsantragstellung und Klage gegen Ablehnungsbescheide



Anmerkung: ☐ 100% = Zahl der Patientinnen, die die Möglichkeit zum VA hatten.

▨ 100% = Zahl der abgelehnten Verlängerungsanträge

Die Darstellung zeigt, daß eine Zunahme im Rentenbegehren (weiße Säulen) einhergeht mit einer Zunahme der Klagefreudigkeit der Rentenbewerber.

Dauer der weitergewährten Zeitrenten:

Eine getrennte Untersuchung für Stadium I bzw. II/III brachte hierbei keinen wesentlichen Unterschied.

Tabelle XXIII: Zeitrentendauer im 1.VA , n = 126

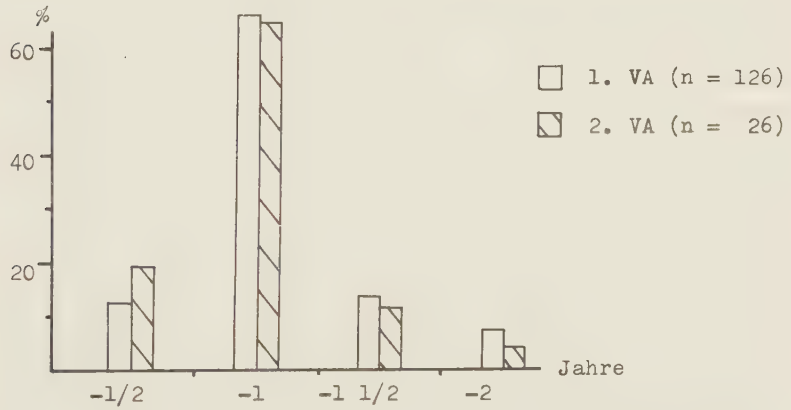
Jahre	- 1/2	- 1	- 1 1/2	- 2
absolut	16	84	17	9
%	12,7	66,7	13,5	7,1

Tabelle XXIV: Zeitrentendauer im 2. VA , n = 26

Jahre	- 1/2	- 1	- 1 1/2	- 2
absolut	5	17	3	1
%	19,5	65,4	11,6	3,8

Dritter Verlängerungsantrag: Im 3.VA wurde eine Zeitrente für ein halbes Jahr gewährt.

Abb. 12: Übersichtsbild zur Zeitrentendauer beim 1. und 2. VA



Die Darstellung zeigt, daß im 1. und 2. VA die Zeitrenten überwiegend für ein Jahr verlängert wurden. Die Patientin, die beim 2. Verlängerungsantrag eine zweijährige Rentenverlängerung erhalten hatte, war an einem Collum-Ca erkrankt.

Diskussion der Ergebnisse:

Eine Zeitrente wird, wie schon erwähnt, im allgemeinen zunächst für zwei Jahre gewährt. In nahezu allen Fällen wurde auch so vorgegangen.
Bei fast der Hälfte der noch lebenden Patientinnen (46%) wurde nach Ablauf dieser zwei Jahre die Rente verlängert, einen Verlängerungsantrag hatten 60% der Probanden gestellt. Für 54% der noch lebenden Patientinnen war nach dem ersten Rentenzeitraum der Rentenbezug wegen Mammacarcinoms beendet.

Betrachtet man das Stadium I (rel. günstige Prognose) und die Stadien II/III (rel. ungünstige Prognose) getrennt, so fällt auf, daß bei den rel. ungünstigen Prognosen in etwa 2/3 der Fälle die Rente weiter verlängert worden ist. Bei den rel. günstigen Prognosen ist die Rente nur bei etwas mehr als einem Drittel der Patientinnen verlängert worden. (Ausgegangen wurde von der Zahl der Patientinnen eines Stadiums, die die Möglichkeit hatten, einen Verlängerungsantrag zu stellen.)
Insgesamt gesehen stieg das Rentenbegehren mit Zunahme der Rentendauer an, ebenso das Klageverhalten bei abgelehnten Verlängerungsanträgen (siehe auch Abb. 9 und 11).

Eine Weitergewährung der Rente bei Rezidiven oder Metastasen ist wegen der erheblichen Verschlechterung der Prognose der Patienten berechtigt. Von den 162 Patientinnen, bei denen ein Rezidiv aufgetreten war, verstarben bis zum Zeitpunkt der Untersuchung 135 = 83%.
Eine Weitergewährung der Rente bei bloßem Verdacht auf Rezidiv sollte grundsätzlich nicht erfolgen. Nach L o t t e r[27] kann jedoch bei dringendem Rezidivverdacht vorsorglich eine Zeitrente gewährt werden. Im Verlauf dieser Rente sollte eine Sicherung der Diagnose möglich sein (z.B. Vergrößerung eines metastasenverdachtigen Rundherdes, starke Gewichtsab-

nahme, auffällige Verschlechterung des Allgemeinbefundes).

Insgesamt wurde 38 mal wegen Verdacht auf Rezidiv oder Metastasen eine Rente weitergewährt. 11 mal ließ sich der Verdacht nicht bestätigen. Drei der Patientinnen, bei denen sich der Verdacht nicht bestätigte, hatten eine Dauerrente erhalten, zwei davon waren über 58 Jahre alt.
Bei den Zweitcarcinomen handelte es sich um Tumoren anderer Herkunft als das zur Rentengewährung führende Mammacarcinom. Es traten 5 eindeutige Zweitcarcinome auf. In diesen Fällen war die Weitergewährung der Rente gerechtfertigt, da ebenso wie beim Auftreten von Rezidiven eine Verschlechterung der Prognose vorlag.
Eine objektive Beurteilung der anderen Begründungen für die Weitergewährung der Rente durch den begutachtenden Arzt wie durch den Verf. ist nicht ganz unproblematisch.
Im ärztlichen Gutachten führen die Gutachter die objektivierbaren Befunde auf (Labor, Ekg, Röntgen, klinischer Untersuchungsbefund). In ihre abschließenden Beurteilungen wird jedoch auch immer der Gesamteindruck der Patientin eingehen, der dem Leser oder Überprüfer des Gutachtens fehlt. So fanden sich Beurteilungen, in denen trotz wenig objektivierbarer pathologischer Befunde die Patienten dem Gutachter in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt erschienen.

Beispiel 5: Ein Gutachter in einem Sozialgerichtsverfahren sprach sich für eine weitere Rentengewährung bei einer Patientin aus: Er habe zwar keine eindeutig pathologischen Befunde erheben können, der Gesamteindruck der Patientin zeige aber, daß auf alle Fälle eine erhebliche Leistungseinschränkung bei einem"unklaren Krankheitsbild" vorliege.

Die beratenden Ärzte der BfA hielten sich in den meisten Fällen an die Vorschläge der ärztlichen Gutachter. In Zweifelsfällen befürworteten sie eine kurzfristige Zeitrente.

Der Verf., der sowohl die Rentengutachten als auch die Vorschläge der beratenden Ärzte der BfA nochmals kritisch be-

urteilte, hatte den Vorteil, retrospektiv den Verlauf der Erkrankung verfolgen zu können. Er bewertete daher manches Gutachten anders als die beratenden Arzte, die den weiteren Krankheitsverlauf nur vermuten konnten. In der Regel entschied der Verf. "im Zweifel für die Patientin". Die Zahl der als"medizinisch unzureichend begründet" bewerteten Fälle liegt also eher zu niedrig als zu hoch.

Die somatischen Folgeerkrankungen wurden auf Seite 47 kurz beschrieben.
Wegen hormoneller Ausfallserscheinungen nach Ovarektomie bzw. Radiomenolyse sollte in der Regel eine Rente nicht verlängert werden, da diese Zustände im allgemeinen einer medikamentösen Behandlung zugänglich sind und außerdem eine Gewöhnung eintritt.
Den Forderungen mancher Gutachter nach Weitergewährung einer Rente, die relativ geringfügige pathologische Veränderungen als mögliche Anzeichen eines Rezidivs werteten (geringe Gewichtsreduktion, mittelgradig beschleunigte Blutsenkungsreaktion, Transaminasen an der oberen Grenze der Norm) wurde von den beratenden Ärzten im allgemeinen mit Recht nicht nachgegeben.
In mehreren Fällen forderten die Gutachter eine Weitergewährung der Rente, da noch die Gefahr eines Rezidivs bestände. Sie beriefen sich dabei auf die 5-Jahresfrist, die bis zur endgültigen Heilung der Tumorpatienten abzuwarten sei. Diese Forderung ist objektiv nicht begründet, da die 5-Jahresüberlebenszeit lediglich ein statistischer Begriff ist, der u.a. deshalb gewählt wurde, weil nach 5 Jahren die Absterbequote der Tumorpatienten wieder derjenigen der Durchschnittsbevölkerung entspricht.
Als somatische Nebenerkrankungen wurden Leiden gewertet, die allein kaum zu einer Rente geführt hätten, gemeinsam mit den Folgen der überstandenen Krebsbehandlung jedoch eine zur Rentenweitergewährung führende Leistungseinbuße bedingten.

Beispiel 6: 54-jährige Patientin, operiert an Mamma-Ca St.I

Int. Gutachten bei Rentenantrag: befriedigender AZ, reizlose Narbe, im Ekg Repolarisationsstörungen ohne Krankheitswert, leichte BWS-Skoliose
Die Patientin erhält 1 Jahr EU-, ein Jahr BU-Rente.

Int. Gutachten bei 1.VA: befriedigender AZ, noch mäßiggradige Funktionseinschränkung im Schulter-Arm-Bereich. Mäßiggradige Herzinsuffizienz mit Belastungsdyspnoe, im Ekg Zeichen der Coronarinsuffizienz, leichte BWS-Skoliose, Osteochondrose der HWS.
Die Patientin erhält 1 Jahr BU-Rente weiter.

Int. Gutachten bei 2.VA: gleiche Befunde wie beim 1. VA, zusätzlich leichte Knöchelödeme, anamnestisch Nykturie.
Die Pat. erhält BU-Rente auf unbestimmte Zeit.

Wegen psychischer Folgeerkrankungen wurde insgesamt 20 mal die Rente verlängert, 7 mal wurde eine Dauerrente gewährt. Prozentual steigt der Anteil der psychischen Folgeerkrankungen mit der Länge der Rentendauer.

Beispiel 7: 51-jährige Patientin, operiert an Mamma-Ca St. II.

Int. Gutachten bei Rentenantrag: altersentsprechender AZ, reizlose Narbe, komp. Myocardschaden nach Diphtherie. Der Gutachter empfahl 3 Jahre EU.
Die Patientin erhielt 1 Jahr EU-,ein Jahr BU'Rente.

Int. Gutachten bei 1.VA: normaler AZ, leichte Lymphstauung am Arm, komp. Myocardschaden, leichte BWS-Skoliose. Der Gutachter empfahl ausdrücklich keine weitere Rentengewährung, da die Patientin zu psychischen Veränderungen neige und bereits auf die Rente fixiert erscheine.
BfA: 1 Jahr EU-Rente weiter (wegen ursprünglich ungünstiger Prognose).

Gutachten bei 2.VA: a) Int.: guter AZ, leichte BWS-Skoliose, Lokalbefund o.B. Ergebnis: keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit.
b) Orthop.:keine Einschränkung der Erwerbsfähigk.
c) Psych.: Carcinophobie, Depressionen, Ergebnis: weniger als halbtags erwerbsfähig
Die Patientin erhielt BU-Rente auf Dauer.

Die Zahl der psychischen Auffälligkeiten, die in den Gutachten beschrieben wurden, lag erheblich höher als die Zahl der deshalb gewährten Renten. So wurden von den Gutachtern

beim Rentenantrag in 19,9%,
beim 1. VA in 35,8%
beim 2. VA in 48,3% der Fälle psychische Auffälligkeiten, wie Angstgefühle, Depressionen, Antriebsarmut etc. beschrieben.

Als psychische Nebenerkrankungen traten dreimal hirorganische Abbauerscheinungen auf. Einmal wurde eine Epilepsie mit schweren psychischen Veränderungen festgestellt.

In 53 von insgesamt 270 Rentenverlängerungen erschien die medizinische Begründung unzureichend (19,6%). Die Mehrzahl dieser Fälle gehörte mit 42 von 179 Rentenverlängerungen dem Stadium I an (23,5%). In den Stadien II/III wurde die Rente in 11 von 91 Fällen unzureichend begründet weitergewährt (12%). Insgesamt wurden 18 Dauerrenten gewährt, deren medizinische Begründung nicht ausreichend erschien.

Von den 117 im durchgehenden Rentenverfahren auf Dauer berenteten Patientinnen leben heute noch 77. In der überwiegenden Zahl dieser Fälle erschien die Gewährung der Dauerrente gerechtfertigt. Bei 360 Patientinnen blieb es bei einer Rente auf Zeit.

Die "Empfehlung" kann somit hinsichtlich des gesamten Rentenverfahrens als gut praktizierbar bezeichnet werden. Vom Rentenversicherungsträger sollte jedoch die genaue Einhaltung der Richtlinien beachtet werden. Einem individuellen Vorgehen ist dabei immer noch genugend Spielraum gegeben. Bei der Weitergewahrung von Renten erscheinen strengere Maßstäbe angebracht. Darauf zu achten ist sowohl Aufgabe der begutachtenden Ärzte als auch der beratenden Ärzte der Rentenversicherungsträger.

Art der gewährten Rente im ersten Rentenzeitraum

(Nur EU-Rente, nur BU-Rente, Umwandlung der EU- in eine BU-Rente nach ca. einem Jahr)

Tabelle XXV: Auswertung für das Stadium I (n = 288)

Rente	absol.	%
EU	84	29,2
BU	20	6,9
EU - BU	184	63,9

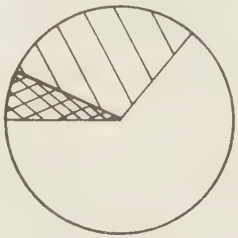


Tabelle XXVI: Auswertung für das Stadium II (n = 145)

Rente	absol.	%
EU	73	44,5
BU	10	6,1
EU - BU	81	49,4

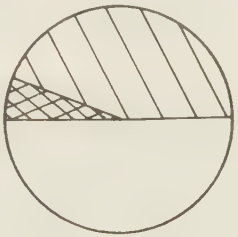
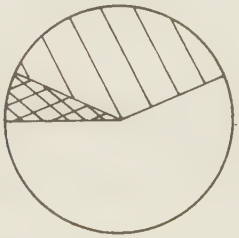


Tabelle XXVII: Auswertung für alle Stadien (n = 477)

Rente	absol.	%
EU	169	35,4
BU	34	7,1
EU - BU	274	57,5



nur EU nur BU EU in BU umgewandelt

Diskussion der Ergebnisse:

Bei der ersten Rentengewährung wurden in 35,4% EU-Renten, in 7,1% BU-Renten gewährt. In 57,5% wurde die EU-Rente nach ca. einem Jahr in eine BU-Rente umgewandelt.
Die in der "Empfehlung" nach einem Jahr vorgesehene Umwandlung von EU- in BU-Renten wurde also in 57,5% der Fälle praktiziert. In den Literaturangaben (S c h w a r z e[42], H e y d e[19]) wird nur aufgeführt, in wieviel Fällen EU bzw. BU gewährt wurde.

Der ungünstigeren Prognose der Stadien II und III wurde von den beratenden Ärzten offensichtlich dadurch Rechnung getragen, daß bei diesen Stadien gegenüber dem Stadium I häufiger EU-Rente für die gesamten zwei Jahre gewährt wurde.

Stadium I: EU = 29,2%
Stadium II: EU = 44,5%

Insgesamt waren aus den kurzen Notizen der beratenden BfA-Ärzte keine klaren Richtlinien erkennbar, nach denen die Art der Rente gewährt wurde. Ein Zusammenhang zwischen Schweregrad der Erkrankung und Rentenart (nur EU-Rente für zwei Jahre oder Umwandlung der EU-Rente nach einem Jahr in eine BU-Rente) war in den meisten Fällen nicht zu erkennen.
Die Prüfung, ob auch im zweiten Jahr noch Erwerbsunfähigkeit vorliegen wird, sollte in Zukunft unter Berücksichtigung des Einzelfalles eingehender sein.
In den meisten Fällen, in denen nur BU-Rente gewährt wurde, lag der Eintritt des Versicherungsfalles schon ein Jahr oder noch länger zurück.

Gesamtzeit der EU/BU-Anerkenntnis im durchgehenden Rentenverfahren bei den heute noch Lebenden

Die EU/BU-Anerkenntnis entspricht nicht der Rentenzeit, da

1. die Patienten in den ersten 26 Wochen Krankengeld beziehen, das im allgemeinen höher als die Rente ist. Eine Zeitrente setzt erst nach Ablauf dieser Frist ein,
2. bei verspätetem Rentenantrag (ca. ein Jahr nach Eintritt des Versicherungsfalles) beziehen die Patienten erst ab Zeitpunkt der Rentenantragstellung die Rente, gelten aber theoretisch schon ab Versicherungsfall als berufs- oder erwerbsunfähig.

Tabelle XXVIII: Aufschlüsselung der EU/BU-Anerkenntnis in Jahren bei den heute noch lebenden 342 Patientinnen (alle Stadien)

	Zahl	-1 1/2	-2 1/2	-3 1/2	-4 1/2	Dauer
ohne VA	200	6	187	7	-	-
mit VA	142	-	16	42	7	77
gesamt	342	6	203	49	7	77
%	100	1,8	59,3	14,3	2,0	22,5

Für 61,1% der noch lebenden Patientinnen endete die EU/BU-Rente nach spätestens 2 1/2 Jahren. 22,5% der heute noch Lebenden erhielten eine Rente auf unbestimmte Zeit nach Ablauf der Zeitrente

Aufgliederung der Gesamtzeit der BU/EU-Anerkenntnis nach Stadium I bzw. Stadium II/III

Tabelle XXIX: BU/EU-Anerkenntnis bei den heute noch lebenden Patientinnen des Stadiums I, n = 266

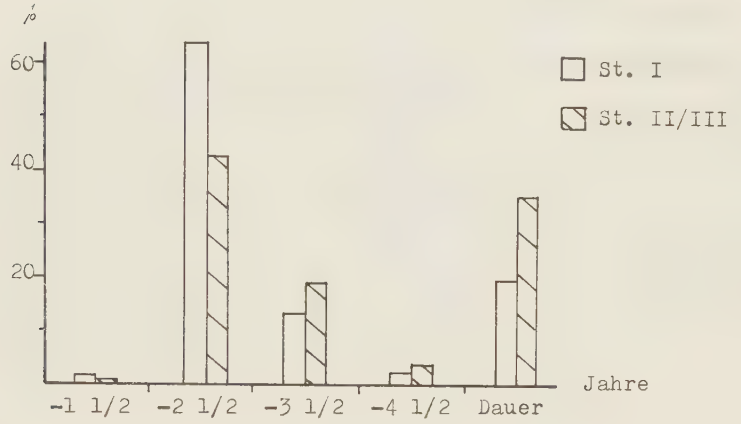
	Zahl	-1 1/2	-2 1/2	-3 1/2	-4 1/2	Dauer
ohne VA	171	5	165	1	-	-
mit VA	95	-	6	33	5	51
gesamt	266	5	171	34	5	51
%	100	1,8	64,3	12,8	1,9	19,2

Tabelle XXX: BU/EU-Anerkenntnis bei den heute noch lebenden Pat. der Stadien II/III, n = 76

	Zahl	-1 1/2	-2 1/2	-3 1/2	-4 1/2	Dauer
ohne VA	29	1	22	6	-	-
mit VA	47	-	10	9	2	26
gesamt	76	1	32	15	2	26
%	100	1,3	42,1	19,7	2,6	34,2

Beim Vergleich der beiden Tabellen fällt auf, daß für 66,1% der Patientinnen des Stadiums I aber nur für 43,4% der Patientinnen der Stadien II/III der Rentenbezug nach 2 1/2 Jahren beendet war.

Abb. 13: Übersichtsbild zur Zeitdauer der EU/BU-Anerkenntnis bei den heute noch lebenden Patientinnen



Diskussion der Ergebnisse:

Bei Zeitrentengewährung beginnt die Rente frühestens nach Ablauf von 26 Wochen, einen EU/BU-Anerkenntnis von 2 Jahren bedingt also eine Zeitrentendauer von 1 1/2 Jahren. Bei Gewährung einer Rente auf unbestimmte Zeit beginnt die Rente im allgemeinen an Tag der Antragstellung.
Die überwiegende Zahl der Zeitrenten wurde sowohl im Stadium I als auch in den Stadien II/III bis zu 2 1/2 Jahren gewährt.
Die Zahl der später auf unbestimmte Zeit gewährten Renten ist bei den Stadien II/III prozentual fast doppelt so hoch wie beim Stadium I. Insgesamt wurde in 77 Fällen eine Dauerrente gewährt, 51 mal beim Stadium I, 26 mal bei den Stadien II und III.
Im Stadium I blieb es in 80,8% der Fälle bei einer Zeitrente, in den Stadien II und III in 65,8% der Fälle.
Trotz der relativ hohen Zahl von Rentenverlängerungen war in 61% der Fälle die Dauer der EU/BU-Anerkenntnis mit 2 1/2 Jahren relativ kurz bemessen.

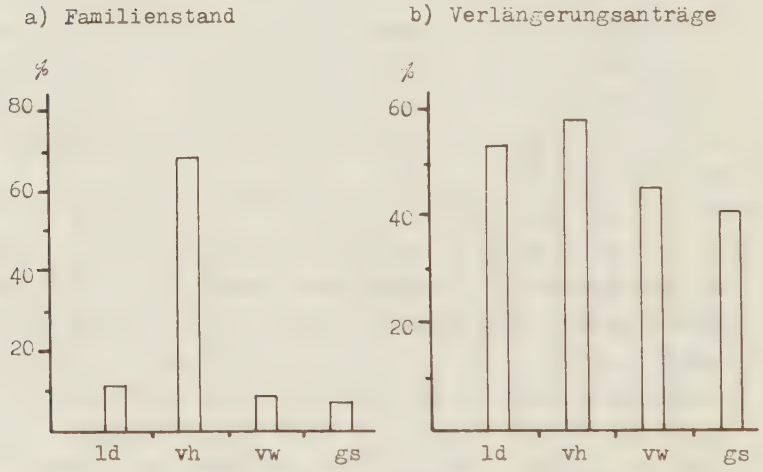
Familienstand - Erwerbstätigkeit

Tabelle XXXI: Familienstand und Verlängerungsanträge
n = 477

	abs.	%	Kinder	VA gest./	%
Ledig (ld)	57	11,9	10	31	54,3
Verheiratet (vh)	333	69,8	228	193	57,3
Verwitwet (vw)	48	10,1	28	22	45,0
Geschieden (gs)	39	8,2	22	16	41,0
Gesamt	477		288	262	54,9

Die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen (70%) waren verheiratet. 288 Pat. = 60,4% hatten Kinder.

Abb. 14: Übersichtsbilder zum Familienstand und Verhalten bei Verlängerungsanträgen in Abhängigkeit vom Familienstand.

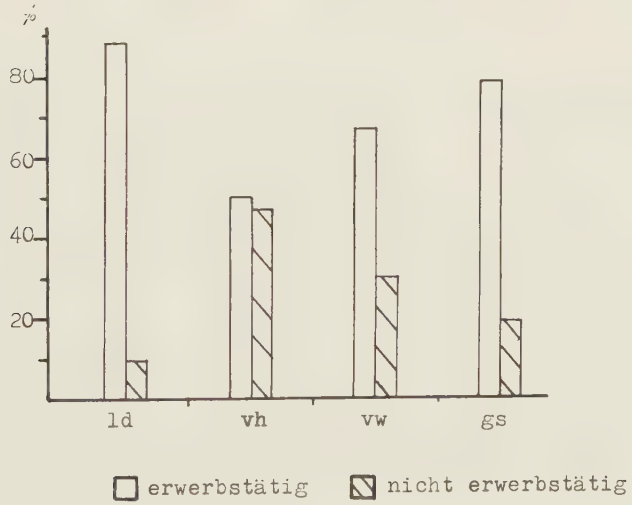


100% sind jeweils auf die Gesamtzahl einer Gruppe bezogen.

Tabelle XXXII: Familienstand und Erwerbstätigkeit vor Eintritt des Versicherungsfalles

	Nr.	erwerbstätig / %		nicht erwerbst./%	
Ledig	57	51	89,5	6	10,5
Verheiratet	333	170	51,1	163	48,9
Verwitwet	48	33	68,8	15	31,2
Geschieden	39	31	79,5	8	20,5
Gesamt	477	285	59,7	192	40,3

Abb. 15: Familienstand und Erwerbstätigkeit



Von den verheirateten Frauen war etwa die Hälfte bei Eintritt des Versicherungsfalles erwerbstätig. Insgesamt waren es etwa 60%.

Diskussion der Ergebnisse:

Die überwiegende Zahl der Rentenantragstellerinnen war verheiratet. Etwa 60% der Patientinnen hatten Kinder. In der Literatur (H e y d e n[20], M a a s s[28], H a g e n s e n[14]) wird ein häufigeres Auftreten von Mammacarcinomen bei Frauen, die nicht gestillt haben, beschrieben. Aus dem vorhandenen Material ließen sich über die Stillgewohnheiten jedoch keine Informationen beziehen.

Einen Verlängerungsantrag stellten:

58% der verheirateten Frauen
54% der ledigen Frauen
45% der verwitweten Frauen
41% der geschiedenen Frauen.

Im Durchschnitt wurde ein Verlängerungsantrag von 54% der Patientinnen gestellt. Die Gruppe der alleinstehenden Frauen (ledig, verwitwet, geschieden) stellte in 48%, die der verheirateten Frauen in 58% einen Verlängerungsantrag. Die alleinstehenden Frauen neigen offenbar eher dazu, die Erwerbstätigkeit nach dem Rentenbezug wieder aufzunehmen als die Verheirateten, die in der Regel Zusatzverdiener darstellen.
Die Stellung der verheirateten Frauen als Zusatzverdiener geht auch daraus hervor, daß von ihnen nur die Hälfte vor dem Versicherungsfall noch erwerbstatig war gegenüber 79,9% bei der Gruppe der Alleinstehenden. Insgesamt waren mit 192 40% der Rentenbewerberinnen zum Zeitpunkt der Erkrankung nicht mehr erwerbstätig. Diese Zahl ist recht erheblich, zumal die EU/BU-Regelung sinngemäß eigentlich zur Sicherung der noch Erwerbstätigen gedacht sein sollte. Gemäß dem Gleichheitsgrundsatz ist aber keine andere Regelung möglich.

Fragebogenaktion

An 206 ehemalige Zeitrenten-Empfanger wegen Mammacarcinoms wurden Fragebogen versandt.

Tabelle XXXIII: Ergebnis der Fragebogenaktion

Fragebogen versandt	206	%
Antwortbrief	156	75,7
Verstorben	10	4,9
Brief unzustellbar	30	14,6
keine Antwort	10	4,9
Zustellbare Briefe	166	80,6

10 der ehemaligen Zeitrenten-Empfänger, die angeschrieben wurden, waren verstorben. Von den zustellbaren 166 Fragebögen wurden 156 = 94% beantwortet.

Tabelle XXXIV: Beantwortete Fragebogen bei Stadium I bzw. Stadium II/III, (gesamt = 206)

	Stadium I		Stadium II/III	
	abs.Z.	%	abs.Z.	%
Fragebogen versandt	165	80,0	41	20,0
Antwortbrief	123	78,8	33	21,2

Auswertung der Fragebogen:

1. Haben Sie nach Ihrem Rentenbezug durch die BfA wieder eine Beschäftigung gegen Bezahlung ausgeübt?

Tabelle XXXV: Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, n = 156

		Nach Rente erwerbst.	
		abs.Z.	%
Vor Rente erwerbstätig	96	58	60,4
Vor Rente nicht erwerbst.	60	15	25,0
Gesamt	156	73	46,8

Insgesamt hatten 46,8% der Patientinnen wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen.
Von den Frauen, die vor Rentenbezug erwerbstätig gewesen waren, hatten 60,4% wieder eine Beschäftigung gegen Bezahlung aufgenommen, von den vor Rentenbezug nicht Erwerbstätigen immerhin 25%.

Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit, aufgegliedert nach Stadien

Tabelle XXXVI: Stadium I, n = 123

		Nach Rente erwerbst.	
		abs.Z.	%
Vor Rente erwerbstätig	73	43	59,0
Vor Rente nicht erwerbst.	50	14	28,0
Gesamt	123	57	46,3

Tabelle XXXVII: Stadium II und III, n = 33

		Nach Rente erwerbst.	
		abs.Z.	%
Vor Rente erwerbstätig	23	15	65,2
Vor Rente nicht erwerbst.	10	1	10,0
Gesamt	33	16	48,5

Es ist festzustellen, daß sich bei der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zwischen Stadium I und den Stadien II und III kein wesentlicher Unterschied ergibt. Bei den Patientinnen der prognostisch ungünstigen Stadien II und III, die vor der Rente noch erwerbstätig waren, hatten mit 65,2% sogar ein größerer Teil die Berufstätigkeit wieder aufgenommen als im Stadium I.

2. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

Mit "JA" antworteten 62 Probanden (39,7%).
Mit "NEIN" antworteten 94 Probanden (60,3%).
Elf Probanden hatten die Berufstätigkeit wieder aufgegeben.

3. Führen Sie einen Haushalt?

151 Probanden führten einen Haushalt (96,9%),
5 Probanden führten keinen Haushalt (3,2%).

4. Hatte die damalige erste Berentung wegen Ihrer Erkrankung die Kündigung Ihres Arbeitsplatzes zur Folge?

Von 96 bei Eintritt des Versicherungsfalles berufstätigen Probanden gaben 44 (=45,5%) an, ihren Arbeitsplatz durch Kündigung verloren zu haben.

5. Wurden Sie von Ihrer Krankenkasse zur Rentenantragstellung veranlaßt?

Von den 96 bei Eintritt des Versicherungsfalles berufstätigen Probanden gaben 55 (57,3%) an, von der Krankenkasse zur Rentenantragstellung gezwungen worden zu sein.

Diskussion der Ergebnisse:

Von den zustellbaren Briefen wurden 94% beantwortet. 46,8% der angeschriebenen Patientinnen hatten nach dem Rentenbezug wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen. Von den vor

dem Versicherungsfall berufstätigen Frauen nahmen 60,4% wieder eine Erwerbstätigkeit auf.
Zwischen den Patientinnen des Stadiums I bzw. II/III konnte hinsichtlich der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit kein wesentlicher Unterschied festgestellt werden.
Einige ehemalige Krebskranke, die Willens waren, wieder eine Arbeit aufzunehmen, fanden keinen Arbeitgeber, der das Risiko eingehen wollte, einen "Krebskranken" zu beschäftigen. Offensichtlich trägt die bei Laien noch häufig verbreitete Ansicht Schuld, Krebs sei nach wie vor eine unheilbare Erkrankung. In Zeiten der wirtschaftlichen Rezession haben es die betroffenen Frauen besonders schwer, wieder einen Arbeitsplatz zu finden.
45,5% der befragten Frauen gaben an, durch ihren Rentenbezug ihren Arbeitsplatz verloren zu haben. Nach den derzeitigen Tarifverträgen ist es den öffentlichen und privaten Arbeitgebern möglich, einem Empfänger von EU/BU-Rente das Arbeitsverhältnis zu kündigen, ohne daß sie verpflichtet sind, diesen nach Ablauf der Zeitrente wieder einzustellen.
In 57,3% der Fälle machten die Krankenkassen vom § 183/7 RVO Gebrauch, der ihnen die Möglichkeit gab, Versicherte unter Androhung von Krankengeld-Entzug zur Rentenantragstellung zu zwingen. Es ist erfreulich, daß in der neuen Fassung dieses Paragraphen (1974) den Krankenkassen diese Möglichkeit genommen ist.
Nach den derzeit gültigen Bestimmungen können die Krankenkassen ihre Versicherten nur noch zu Rehabilitationsanträgen bei den Rentenversicherungsträgern auffordern. Liegen nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen nach Ansicht der begutachtenden Ärzte nicht mehr Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit vor, so verbleiben die Patienten in der für sie auch finanziell günstigeren Betreuung durch die Krankenkassen.

VI. ERGEBNIS DER ARBEIT

A. Kurzgefaßte Darstellung der Ergebnisse:

1. Häufigkeitsangaben aus der Literatur und die dargestellte Altersverteilungskurve zeigen die sozialmedizinische Bedeutung der Mammacarcinome.

2. Ein histologischer Befund wurde nur in 58% der Fälle mitgeteilt. Bei den präinvasiven Carcinomen (Comedocarcinom, Pagetcarcinom), die noch kein infiltratives Wachstum zeigen, könnte wegen der relativen Gutartigkeit (P r e c h t e l[32], K l e i b e l[26], R e i f f e r s c h e i d[34]) auf eine Rente verzichtet werden. Diese treten allerdings relativ selten auf (5,7% der Fälle).

3. Bei 60% der Patientinnen, die primär auf Zeit berentet wurden, lag ein Stadium I vor (günstige Prognose). Der Absterbegipfel dieser Patientinnen lag erst im 5. Jahr nach dem Versicherungsfall. Diese Tatsache rechtfertigt jedoch nicht die Forderung nach einer generellen 5-jährigen Rentengewährung, denn
   a) die Zahl der Verstorbenen des Stadiums I im 5-Jahreszeitraum beträgt nur 11,1%,
   b) ein großer Teil der Rezidive wird im Zeitraum der ersten Rentengewährung erfaßt,
   c) bei vielen Patientinnen wurde die Rente verlängert (46,4%). In dieser Zeit wird ein Großteil der übrigen Rezidive erfaßt.

4. 30% der Patientinnen hatten mit Stadium II oder III eine relativ ungünstige Prognose. Sie hätten laut "Empfehlung" nicht auf Zeit berentet werden sollen. Ihrer ungünstigen Prognose wurde aber von der BfA Rechnung getragen, indem
   a) im ersten Rentenzeitraum häufiger für die gesamte Zeit (meist zwei Jahre) EU-Rente gewährt wurde als beim Stadium I, also seltener Umwandlungen in BU-Rente stattfanden,

b) die Rente öfter verlängert wurde als im Stadium I,
c) die Dauer der Zeitrenten durchschnittlich länger war als im Stadium I,
d) im Gegensatz zum Stadium I nach Verlängerungsantrag prozentual häufiger Dauerrenten gewährt wurden.

Man kann nicht sagen, daß den Patientinnen der Stadien II und III durch die Zeitrente ein Nachteil entstanden sei, zumal sie bei Verschlechterung jederzeit die Möglichkeit hatten, einen Verlängerungsantrag zu stellen. Den ehemals berufstätigen Frauen brachte die Zeitrente sogar einen finanziellen Vorteil, da sie während der ersten 26 Wochen das im Vergleich zur Rente höhere Krankengeld erhielten (s.S. 23).

Aus medizinischer Sicht wäre auch bei relativ ungünstiger Prognose eine Zeitrente, deren Ende etwa drei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles liegen sollte, durchaus zu vertreten. Dies ist mit der derzeitigen Regelung auch möglich, da es je nach Befund, Stadium und Art der Erkrankung im Ermessen der beratenden Ärzte des Versicherungsträgers liegt, das Ende der ersten Zeitrente individuell festzulegen und gegebenenfalls in das dritte Jahr nach Eintritt des Versicherungsfalles hinauszuschieben. Der Beginn der zweijährigen Zeitrentendauer kann nämlich auf den Termin der Rentenbescheid-Erteilung festgesetzt werden. Dieser liegt durch verschiedene Verzögerungen (Zeitpunkt der Antragstellung, Erstellung des Gutachtens, Prüfung durch die beratenden Ärzte) mitunter erst ein Jahr nach der Erkrankung.

Problematisch erscheint eine Rente auf Zeit jedoch aus rechtlicher Sicht, wegen der Forderung des Gesetzgebers, daß bei Rente auf Zeit die begründete Aussicht auf Behebung der BU/EU in absehbarer Zeit gegeben sein müsse. Ob dies bei einer rezidivfreien 5-Jahresüberlebenszeit von 44,1% (Stadium II) der Fall ist, muß bezweifelt werden.

5. Insbesondere im Stadium I und auch bei histologisch günstigem Befund (z.B. präinvasiven Carcinomen) sollte star-

ker als bisher der Grundsatz "Rehabilitation geht vor Rente" Anwendung finden, da

a) bei etwa 50% der Patientinnen bei Erstbegutachtung keine "wesentliche" Einschränkung der Leistungsfähigkeit mehr vorlag,

b) bei 61% (Stadium I) mit Ende der ersten Zeitrente der Rentenbezug abgeschlossen war und bei weiteren 9% die Rentenverlängerung vermeidbar erschien. Krankengeld bis etwa 78 Wochen wäre also in den meisten Fällen ausreichend gewesen,

c) mit der Zahl der Verlängerungsanträge das Rentenbegehren zunahm.

6. Darüber hinaus erscheint es aus sozialmedizinischer und psychologischer Sicht wünschenswert, zu prüfen, ob auch bei ungünstigeren Stadien (S t e i n t h a l II) eine Rente vermieden werden kann und die Patientinnen möglichst lange im Krankenstand belassen werden können. Gründe:

a) Bei längerem Rentenbezug steigt die Zahl der psychischen Auffälligkeiten an (Rentenneurose und Carcinophobie). So wurden 9 Dauerrenten wegen psychischer Folgeerkrankungen gewährt.

b) Den Rentenempfängern droht der Verlust des Arbeitsplatzes (45% bei der Fragebogenaktion).

c) Bei der Fragebogenaktion wurde festgestellt, daß in 57% der Fälle die Patientinnen von den Krankenkassen zum Rentenantrag gezwungen wurden. Nach Neufassung des § 183/7 RVO ist zu vermuten, daß die Zahl der Rentenzugänge wegen Mammacarcinom abnehmen wird.

d) Nach Ablauf der Zeitrente nahmen 60% der Frauen, die vor dem Versicherungsfall gearbeitet hatten, wieder eine Erwerbstätigkeit auf.

e) Die Patientinnen können im Falle eines Rezidivs selbstverständlich jederzeit einen Rentenantrag stellen. In den allermeisten Fällen geschieht dies auch.

7. Sollte auch bei sorgfältiger Abwägung eine Rente nicht vermeidbar sein, so bietet die "Empfehlung" hierfür eine gut anwendbare Grundlage.
   a) Erstmals wurden einheitliche Richtlinien geschaffen, an die man sich, zumindest bei der BfA, im allgemeinen auch gehalten hat. Mit einigen Ausnahmen haben diese auch bei der Rechtssprechung in Sozialgerichtsverfahren Anwendung gefunden.
   b) Trotz Verlängerung bleibt die Zeitrentengewährung relativ kurz bemessen.
   c) Die Umwandlung von EU-Renten in BU-Renten (gestufte Renten), die in der Mehrzahl der Fälle durchgeführt worden ist, erscheint im Rahmen der Wiedereingliederung sinnvoll. Sie hat sich auch retrospektiv bewährt.

B. Kritische Anmerkungen:

1. Die ärztlichen Gutachter legten bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Patientinnen, vor allem bei Rentenverlängerungen, häufig zu großzügige Maßstäbe an, die letztlich nicht im Interesse der Patientinnen lagen.

2. Die beratenden Arzte hielten sich in einem Teil der Fälle nicht an die "Empfehlung" (Zeitrentengewährung bei ungünstiger Prognose), wenn auch im allgemeinen zugegeben werden muß, daß objektiv gravierende Nachteile nicht festzustellen waren. Insbesondere bei Anträgen auf Zeitrentenverlängerung sollten die beratenden Arzte die Forderungen der Gutachter kritischer beurteilen.

3. Die Zahl der Renten auf unbestimmte Zeit erscheint mit 22,5% der noch lebenden Probanden doch recht hoch.

4. In Einzelfällen hatten die Richtlinien der "Empfehlung" noch keinen Eingang in die Rechtssprechung gefunden, da von vielen Gerichtsgutachtern immer noch, auch bei günstiger Prognose, an einer 5-jährigen Rentenforderung festgehalten wird.

C. Anregungen zu weiteren Untersuchungen:

1. Untersuchungen über den Einfluß beruflicher Arbeit auf das Krebswachstum. Hier wäre eine prospektive Untersuchungsreihe am besten geeignet. Es dürfte allerdings schwierig sein, eine entsprechende Vergleichsgruppe zu finden. Diese Untersuchung könnte Aufschluß geben, ob eine Herausnahme aus dem Arbeitsleben den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen kann.

2. Untersuchung der Rentenpraktiken bei den verschiedenen Anstalten der Arbeiter-Rentenversicherung (LVA'en). Von Interesse wären vor allem Anstalten, die laut Statistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) keine oder nur äußerst selten Renten auf Zeit gewähren. Es wäre daher anzunehmen, daß diese Anstalten auch nicht die "Empfehlung" praktizieren. Im Hinblick auf den rechts- und sozialstaatlichen Gleichheitsgrundsatz geht es aber nicht an, daß bei Carcinomen manche Anstalten bei gleichen Befunden unterschiedlich lange und hohe Renten (EU-Rente ist höher als BU-Rente) oder überhaupt keine Renten auf Zeit gewähren.

3. Einfluß von Rehabilitationsmaßnahmen auf die Zeit der Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bei Tumorerkrankten.

4. Uberprüfung der 5-Jahresüberlebenszeit bzw. der Prognosen bei Mammacarcinom-Patientinnen nach den Literaturangaben der letzten 10 Jahre unter Berücksichtigung der Stadien und der verschiedenen Malignitätsgrade entsprechend dem histologischen Befund. Letzterem kommt nach neueren Untersuchungen möglicherweise größere Bedeutung für die Prognose zu als bisher angenommen wurde.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Nach kurzgefaßter Darstellung von Krankheitsbild und Therapie des Mammacarcinoms wurden die stark differierenden Auffassungen verschiedener Autoren über die zweckmäßigste Nachsorge bei Tumorpatienten dargestellt. Die unterschiedlichen Meinungen hatten zu erheblichen Differenzen in der praktischen Rentengewährung zwischen 1950 und 1966 geführt.
Das Zustandekommen der "Empfehlung" 1966, die einen Kompromiß zwischen den Minimal- und Maximalforderungen darstellte, sollte gemäß dem sozialstaatlichen Gleichheitsgrundsatz eine einheitliche Praxis bei der Rentengewährung herstellen.

Anhand von 477 Rentenunterlagen der BfA von Patientinnen, denen 1968 wegen Mammacarcinoms eine Zeitrente bewilligt worden war, sollte die Praktizierbarkeit der "Empfehlung" bei Krebsfällen, insbesondere bei relativ günstiger Prognose, untersucht werden.
Die Nachteile einer generellen Rentengewährung zeigte sich an dem untersuchten Patientengut beispielsweise durch Verlust des Arbeitsplatzes, Auftreten von psychischen Veränderungen, Zunahme des Rentenbegehrens bei länger berenteten Patientinnen und auch Übergang eines großen Teils der Zeit- in Dauerrenten.
Der Grundsatz "Rehabilitation geht vor Rente" sollte daher noch mehr als bisher im Vordergrund stehen und eine Rente, auch eine solche auf Zeit, möglichst vermieden werden (siehe auch "Empfehlung", Ziffer 5).
Läßt sich eine Rentengewährung nicht vermeiden, so bietet die "Empfehlung" einen gangbaren Weg, einerseits gleiches Recht für alle zu gewährleisten, andererseits die Rentendauer möglichst kurz zu halten.

Bei 164 Patientinnen mit relativ ungünstiger Prognose (Stadium II und III) war eine Rente auf Zeit gewährt worden. Es zeigte sich, daß diesen durch die Zeitrente keine wesentlichen Nachteile entstanden waren, da sie häufig statt der gestuften Rente von Beginn an gleich zwei Jahre EU-Rente erhalten hatten. Weiterhin wurden ihre Zeitrenten großzügig verlängert bzw. bei Eintritt von Rezidiven, diese treten erfahrungsgemäß im Stadium II und III relativ früh auf, auf unbestimmte Zeit gewährt.
Obwohl die Rente bei fast der Hälfte der Patientinnen verlängert worden war, lag das Rentenende bei über 60% nach 2 1/2 Jahren.
Die Umwandlung einer EU-Rente in eine BU-Rente wurde zumeist schon bei Rentenbescheid vorprogrammiert, indem für das erste Jahr EU-, für das zweite Jahr BU-Rente gewährt wurde. Der Anteil der Dauerrentner erscheint mit 22,5% recht hoch. Bei Rentenverlängerungen sollte daher wesentlich eingehender untersucht und kritischer überprüft werden.

VIII. LITERATURVERZEICHNIS

1. B a u e r, K.H.: Das Krebsproblem, 1. Aufl., 1949
   Springer-Verlag S. 532 - 536

2. B a u e r, K.H.: Das Krebsproblem, 2. Aufl., 1963
   Springer-Verlag S. 654 - 655, 941 - 945

3. B a u e r, K.H.: Gutachten für die BfA vom
   7.8. 1962 S. II

4. B o r n e m a n n, H.: Der Medizinische Sachverständige, 64. Jg., Juni 1968, Nr. 6, S. 141 ff.
   "Zur Problematik der Berentung Krebskranker"

5. B r e d l a n d, R.: Nord. Med. 47, 473 (1952)

6. D o l d, U.: Für "Praktischer Arzt" November 1973
   "Sinn und Unsinn der Berentung nach Krebserkrankungen"

7. E l m e n d o r f f, A.: Münchener Medizinische Wochenschrift, 110. Jg., November 1968, Nr. 48, S. 2789 ff.
   "Rehabilitation nach Krebserkrankung"

8. G a n s a u, H. und L a n g, N.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 21. Jg., März 1961, Nr. 3, S. 213 ff.
   "Untersuchungen über die Bedeutung der sozialen Verhältnisse für die "Nachgehende Krebsfürsorge" "

9. G l a t z e l, H.: Ärztliche Wochenschrift, 13. Jg., September 1958, Nr. 35/36, S. 791 ff.
   "Arbeitsbelastung und Krebswachstum"

10. G e r h a r t, A. und C o n t z e n, H.: In "Ärztliche Begutachtung" von Nixdorf und Bornemann, 1. Aufl. 1964 Gustav Fischer Verlag Stuttgart, S. 483 ff.

11. G ö g l e r, E.: Der Medizinische Sachverständige 57. Jg., April 1961, Nr. 4, S. 73
    "Die Bemessung der MdE bei bösartigen Geschwülsten in der Chirurgie"

12. H a b s, H.: Der Medizinische Sachverständige, 60. Jg., Oktober 1964, Nr. 10, S. 217
    "Der Krebskranke in der Sozialversicherung"

13. H a b s, H.: Der Medizinische Sachverständige, 63. Jg., April 1967, Nr. 4, S. 83
"Der Krebs in der Rentenversicherung"

14. H a g e n s e n, C.D.: Diseases of the Breast, Philadelphia, Saunders 1956

15. H e i s s, H.: Der Krebsarzt, 15. Jg., 1960, Nr. 7/8, S. 283 "Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Rehabilitation beim Genitalkarzinom der Frau"

16. H e l l e r, H.: In "Ärztliche Begutachtung" von Nixdorf und Bornemann, 1. Aufl., 1964, S. 470 ff.

17. H e n n i n g s e n, B.: Deutsches Ärzteblatt, August 1975, Heft 35, S. 2401 ff. "Entwicklung von Prognose und Verlauf des operierten Mammakarzinoms"

18. H e y d e, W.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung, Bd.6, 1967, Verlag Urban und Schwarzenberg, S. 477 ff. "Erfahrungen mit Nach- und Festigungskuren bei krebskranken Frauen"

19. H e y d e, W.: Hamburger Ärzteblatt, 21. Jg., April/Mai 1967 "Nachbehandlung und Berentung vorwiegend gynäkologisch Krebskranker"

20. H e y d e n, S.: Klinische Epidemiologie des Krebses 1972, S. 116 Georg Thieme Verlag Stuttgart

21. H o p p e, R.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung Bd. 6, 1967, Verlag Urban und Schwarzenberg "Die Bedeutung der Krebskrankheit in der Rentenversicherung und ihre Beurteilung"

22. H u s s l e i n, H. und S t ö g e r, H.: Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, 75. Jg., 1974, Heft 3 "Begutachtung des operierten und bestrahlten Genital- sowie Mammakarzinoms"

23. K a l l e n b a c h, H. und G r e g l, A.: Medizinische Klinik, 57. Jg., 1962, S. 1621 ff. "Über die Veränderungen der Metastasenhäufigkeit nach Röntgenganzbestrahlung im tierexperimentellen Modellversuch"

24. K i r c h h o f f, H.: Krebsforschung und Krebsbekämpfung, Bd. 5, Verlag Urban und Schwarzenberg "Invalidisierung Krebskranker" (Vortrag auf dem Dtsch. Krebskongreß, Mainz 1963)

25. K i r c h h o f f, H.: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 79. Jg., Juli 1954, Nr. 31/32, S. 1153 ff. "Der Einfluß sozialer Faktoren auf Ablauf und Heilung des Genital-Karzinoms der Frau"

26. K l e i b e l, F.: Therapie Woche, 25. Jg., Dezember 1975, Heft 52, S. 7833 - 7840 "Beziehungen zwischen Pathohistologie und Prognose des Mammakarzinoms"

27. L o t t e r, H.: Der Medizinische Sachverständige 63. Jg., April 1967, Nr. 4, S. 77 ff. "Krebs als Grundlage der Leistungsgewährung in der gesetzlichen Rentenversicherung"

28. M a a s s, H.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1968, S. 823 "Das Mammakarzinom"

29. M a r t i u s, H.: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1957, Nr. 13, S. 447 - 451 "Über einige wissenschaftliche Aufgaben des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung"

30. O t t, G.: Standardisierte Krebsbehandlung, 1974 Springer-Verlag S. 35 ff, S. 91 ff.

31. P f l e i d e n e r, A.: Strahlentherapie 89, 72 (1953)

32. P r e c h t e l, K.: Fortschritte der Medizin, 92. Jg., 1974, Nr. 9, S. 374 ff. "Allgemeine Erläuterungen zur Histomorphologie von Brustdrüsenerkrankungen"

33. P u l v e r m a c h e r, E.: Strahlentherapie 76, 556 (1947)

34. R e i f f e r s c h e i d, M.: Chirurgie, 2. Aufl., 1972 Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 234, 236

35. R o t t e r und H a l s t e d in S a e g e s s e r: Spezielle Chirurgische Therapie, 8. Aufl., 1972 Verlag Hans Huber Bern

36. S c h e r e r, E.: Strahlentherapie, 2. Aufl., 1973 Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 101 ff.

37. S c h m ä h l, D.: Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 30, Juni 1963

38. S c h m e r m u n d, H.J.: Medizinische Welt, Nr. 26 Juni 1958, S. 1063
"Die Nachbehandlung von Karzinomkranken"

39. S c h o l z, F.J.: Zeitschrift für Allgemeinmedizin (Der Landarzt), 51. Jg., Januar 1975, Heft 2, S. 49
"Arbeit und Umwelt" (Arbeitsunfähigkeit, BU, EU und andere Begriffe)

40. S c h w a r z e, F.: Der Medizinische Sachverständige 61. Jg., März 1965, Nr. 3, S. 65 ff.
"Zur Rentenbegutachtung und nachgehenden Behandlung bösartiger Geschwulstkrankheiten"

41. S c h w a r z e, F.: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 1/2, 1968, S. 171 ff.
"Entwicklung und Ergebnisse der Sozialversicherungsmedizin auf dem Gebiet der Berufsunfähigkeit"

42. S c h w a r z e, F.: Schriften zur Fortbildung - Der ärztliche Gutachter in der Rentenversicherung, Heft 22, 1973, S. 1 ff. "Die versicherungsmedizinische Beurteilung beim Vorliegen bösartiger Geschwülste - ein Erfahrungsbericht über die Entwicklung der letzten 10 Jahre"

43. S o e r g e l, W.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 22. Jg., 1962, S. 859 ff.
"Zur Frage der Begutachtung nach Behandlung eines Collum-Karzinoms in der Rentenversicherung"

44. S o o s t, G.H.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 22. Jg., 1962 S. 1065

45. T r ä g e r, F.: Monatskurse für die ärztliche Fortbildung, 22. Jg., 1972, Nr. 1, S. 32, 33
" Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wiederherstellungsfähigkeit bei operierten und bestrahlten Frauen mit Genitalkarzinom"

46. V o l z, F.: Strahlenbehandlung des weiblichen Genital-Karzinoms, 1930, Verlag Urban und Schwarzenberg, S. 127

47. Z i m m e r, K.: Medizinische Welt, Nr. 33/34, August 1957, S. 1174 ff.
"Zur Frage der Invalidisierung der Karzinom-Patienten"

48. Z i m m e r m a n n, G.: Der Krebsarzt, 23. Jg., 1968 Heft 4, S. 16
"Zur Beurteilung der Prognose des Brustdrüsenkarzinoms"

49. E m p f e h l u n g zur sozialmedizinischen Beurteilung von Versicherten mit bösartigen Geschwulsterkrankungen
Veröffentlicht in:
a) Krebsforschung und Krebsbekämpfung, Bd. 6, 1967 Verlag Urban und Schwarzenberg, S. 460 ff.
b) Der Medizinische Sachverständige, 62. Jg., 1966 Heft 4, S. 91 ff.
c) Deutsche Rentenversicherung, 1966, Heft 4, S. 250 ff.
d) Die "Empfehlung" ist als Kleinbroschüre bei der BfA zu erhalten (1 Berlin 88, Dez. 8005)

50. B e c k e r, B.: Dissertation 1976, Berlin
"Problematik der Zeitrenten-Gewährung bei gynäkologischen Carcinomen mit günstiger Prognose"

51. K r a e f, R.: Dissertation 1976, Berlin
"Problematik der Rentengewährung bei Mamma-, Collum- und Corpus-Carcinomen mit überwiegend ungünstiger Prognose"

52. B o c k, H.E.: Deutsche Rentenversicherung, 1966, Heft 4 S. 247 ff. "Krebskrankheit - Behandlung und Begutachtung"

L E B E N S L A U F

Am 28. Mai 1946 wurde ich, Heinrich Becker, als Sohn des Schriftleiters Heinrich Becker und seiner Ehefrau Charlotte, geborene Albrecht, in Altötting geboren.

Die Reifeprüfung bestand ich am 21. Juli 1967 am Aventinus-Gymnasium in Burghausen. Danach leistete ich den verkürzten Grundwehrdienst bei der Bundeswehr ab.

Im Wintersemester 1968/69 begann ich mit dem Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin. Dort legte ich im August 1969 die naturwissenschaftliche Vorprüfung, im April 1971 die ärztliche Vorprüfung ab.

Am 5. August 1975 bestand ich das medizinische Staatsexamen an der Freien Universität Berlin.

Meine Medizinalassistentenzeit leistete ich auf der Anästhesie-Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses und auf der inneren Abteilung im St. Gertrauden-Krankenhaus ab.

Zur Zeit bin ich auf der chirurgischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses als Medizinalassistent tätig.

Heinrich Becker

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. P. M. C a r s t e n für die Überlassung des Themas und die freundlichen Hilfestellungen.

Außerdem möchte ich der BfA für die Arbeitsmöglichkeiten und die finanzielle Unterstützung, den Mitarbeitern des Archivs für die technische Hilfe danken.

Mein besonderer Dank gilt dem leitenden Medizinaldirektor der BfA. Herrn Dr. med. F. S c h w a r z e für die fachliche Beratung.

Fred Höpfner - Dissertationsdruck - 1 Berlin 12 - Pestalozzistraße 106
Tel.: 3128885 - 3138198